

UNIVERSIDAD DE GRANADA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA



Impacto del Programa de Educación Maternal sobre la Madre y el Recién Nacido

TESIS PARA ACCEDER AL GRADO DE DOCTOR

Juan Miguel Martínez Galiano

2012

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Juan Miguel Martínez Galiano
D.L.: GR 45-2013
ISBN: 978-84-9028-258-8

TESIS DOCTORAL

PROGRAMA OFICIAL DE POSGRADO DE
MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD
PÚBLICA

Doctorando: Juan Miguel Martínez Galiano

Director: Miguel Delgado Rodríguez

La presente tesis doctoral ha sido financiada por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) PI11/01388.



A mis padres

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi más profundo agradecimiento en primer lugar a la persona que me ha iniciado en el campo de la investigación el profesor Miguel Delgado Rodríguez. A esta persona le debo todas las ganas e ilusión que se ha despertado en mí por el ámbito de la investigación. Además sin sus consejos, ayuda, tutorización, enseñanza, trabajo codo con codo, comprensión y ánimo nunca hubiese sido posible el desarrollo de esta tesis. Mi más sincero y profundo agradecimiento, siempre tendré presente la labor que ha desempeñado conmigo. Trabajar con usted ha sido todo un privilegio para mí.

Tengo y debo de agradecer a mis padres Pedro y Ana por todo el apoyo que me han brindado siempre. Apoyándose en mis decisiones, aconsejándome desde lo que ellos creían lo más oportuno para mí. Este apoyo se ha venido desarrollando desde siempre en todas las facetas de la vida, y han sido un gran pilar donde apoyarme en los momentos de debilidad no sólo en la elaboración de esta tesis sino a lo largo de mi vida personal, profesional y académica. Gracias por todo, por lo que soy consciente y también por lo que no. A mi hermana por su granito de arena.

También tengo que agradecer a todas y cada una de las personas que han colaborado en la recogida de datos en los diferentes centros participantes en el estudio, sin ellos esta tesis no hubiese sido posible tal y como está planteada, por ello gracias a María José, Justo, Alicia, Lola del Rey, Ana, Paqui, Carlos, Rebeca, María del Mar, Almudena, Marga, María, Belén, Eva, José Carlos, Tere, Pablo, Alicia Pérez, Blanca, Lola y Mar. Por supuesto, a Ángela por todo su trabajo y por el apoyo que me ha mostrado en esos momentos en los que pensaba en el abandono. Gracias también a Antonio y a Quite por sus importantes informaciones.

A la profesora Aurora Bueno Cavanillas por “meterme en todo esto”.

Y por supuesto el agradecimiento más importante a todas y cada una de las mujeres que aceptaron participar en el estudio a pesar del tiempo que les robaba de estar con su hijo recién llegado a este mundo tras una larga, apasionante e inquietante espera.

INDICE

INDICE

1. Introducción.....	14
1.1 Concepto de Educación Maternal.....	15
1.2 Contexto actual en la atención perinatal.....	16
1.3 La educación sanitaria como un instrumento eficiente para la salud.....	20
1.4 La Educación Maternal a lo largo de la historia.....	24
1.5 Situación actual de la Educación Maternal nuestro medio.....	28
1.6 Componentes de un programa de Educación Maternal.....	31
1.7 Beneficios que aporta la Educación Maternal.....	34
1.8 Factores asociados a la asistencia al programa de Educación Maternal.....	42
2. Justificación.....	46
3. Hipótesis.....	49
4. Objetivos.....	50
4.1 General.....	50
4.2 Específicos.....	51
5. Método.....	52
5.1 Diseño.....	53
5.2 Periodo de estudio	53
5.3 Ámbito de estudio.....	53
5.4 Selección de la población.....	53
5.4.1 Criterios de inclusión.....	54
5.4.2 Criterios de exclusión.....	54
5.4.3 Tamaña de muestra.....	54
5.4.4 Técnica de muestreo.....	54
5.5 Recogida de datos.....	55
5.5.1 Variables de estudio.....	55
5.5.2 Fuentes de información.....	60
5.5.3 Instrumentos.....	61
5.6 Análisis de datos.....	62
5.7 Aspectos éticos de la investigación.....	63

6. Resultados.....	64
6.1 Descripción de la población de estudio y motivos que argumentaron las mujeres para no acudir al programa de Educación Maternal.....	65
6.2 Factores asociados a la realización de Educación Maternal.....	65
6.3 Influencia de la Educación Maternal sobre la utilización por parte de la mujer de los servicios sanitarios y el grado de satisfacción de esta con la atención recibida.....	67
6.4 Influencia de la Educación Maternal sobre el parto y el puerperio.....	67
6.5 Repercusión de la Educación Maternal sobre el recién nacido.....	68
6.6 Asociación entre la realización de Educación Maternal y la temática que la mujer demanda para este programa.....	69
6.7 Influencia de la categoría profesional del formador que imparte la Educación Maternal sobre los diferentes parámetros analizados.....	69
6.8 Influencia de la Educación Maternal sobre distintos aspectos relacionados con la lactancia materna.....	71
6.9 Satisfacción de la mujer con la Educación Maternal y asociación entre la utilidad que las mujeres conceden a la Educación Maternal y la realización de esta	71
7. Discusión.....	103
8. Conclusiones.....	115
9. Bibliografía.....	118
10. Anexos.....	139
10.1 Anexo 1. Esquema de un programa de Educación Maternal.....	140
10.2 Anexo 2. Cuestionario.....	175

10.3 Anexo 3. Curvas de crecimiento de Pedro Delgado para la determinación de recién nacido pequeño para su edad gestacional (PEG).....	182
10.4 Anexo 4. Consentimiento informado y hoja de información a la paciente.....	184
10.5 Anexo 5. Certificados de los Comités de Ética e Investigación de los diferentes centros sanitarios que participan en el estudio.....	187

INTRODUCCIÓN

Introducción

Concepto de educación maternal

Si se revisa la literatura científica, las guías de práctica clínica, manuales de atención primaria, manuales de obstetricia, etc. se puede encontrar educación maternal, psicoprofilaxis obstétrica, preparación para el parto, preparación para el nacimiento, preparación para la maternidad y la paternidad, educación grupal en el embarazo, parto y puerperio, como algunos de los términos que se utilizan para denominar a un programa de educación sanitaria en la etapa prenatal que se encuadra dentro de las actividades básicas de prevención y promoción de la salud [Generalitat de Catalunya. Departament de Salut 2009, Generalitat Valenciana Conselleria de Sanitat 2004, Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Distrito Sanitario Jaén Nordeste 2011, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Gerencia de Atención Primaria de Albacete 2011]. Aunque con diferentes nombres todos persiguen un rango de objetivos comunes, en cuanto a: influenciar el comportamiento de salud; aumentar la confianza de las mujeres en su capacidad de dar a luz; preparar a las mujeres y a sus parejas para el parto; prepararlos para la paternidad; desarrollar redes de apoyo social; estimular la seguridad de los padres; y contribuir con la reducción de la morbilidad perinatal y la mortalidad. La educación prenatal, por lo tanto, comprende un rango de medidas educativas y de apoyo que ayudan a los padres y futuros padres a comprender sus propias necesidades sociales, emocionales, psicológicas y físicas durante el embarazo, el trabajo de parto y la paternidad [Gagnon y Sandall 2008].

En definitiva, y en términos sencillos se puede definir a la educación maternal como el programa de educación para la salud que se realiza durante el embarazo con unos objetivos claros y específicos que tienen su utilidad en el proceso de embarazo, parto, puerperio y nacimiento del

recién nacido, tales objetivos han quedado remarcados anteriormente y que en general su fin último no discrepa mucho de los de cualquier otro programa de educación sanitaria o educación para la salud que se pueda desarrollar en otras disciplinas de la medicina y/o etapas de la vida de las personas. Es por ello por lo que a lo largo de esta tesis se tratará también la temática de la educación para la salud desde una perspectiva más general y no simplemente centrada en la atención perinatal; con ello se pretende dar a conocer la importancia, las bases metodológicas, las características y el estado actual de la educación para la salud.

Contexto actual en la atención perinatal

El embarazo y el parto es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de una mujer, tanto por las circunstancias emocionales asociadas como por las consecuencias que para ella y el recién nacido se podrían derivar. Existe en la actualidad una tendencia hacia un cambio que establezca un nuevo marco conceptual en la asistencia sanitaria perinatal en la que se pretende dar una atención más humana y cercana, donde la mujer sea la protagonista de su propio embarazo y parto dejando atrás un modelo medicalizado. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda seguir una pauta de atención a la asistencia al parto de forma más humanizada, no medicalizada, ni intervencionista, respetando los derechos de la mujer [OMS 1985]. En este sentido, y tras la demanda por parte de las usuarias, en España, desde el año 2007, el Ministerio de Sanidad para dar respuesta a esta demanda de la sociedad y cumplir con las recomendaciones de la OMS puso en marcha una estrategia para fomentar la atención del parto de baja intervención [Ministerio de Sanidad y Consumo 2007]. A esta iniciativa se fueron sumando distintas comunidades autónomas, en las que se fueron desarrollando planes para la atención al parto de baja intervención [Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2008, Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria 2007, Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña 2003]. Ante este nuevo contexto las sociedades científicas elaboraron guías de actuación basándose en la evidencia científica disponible [Federación de

Asociaciones de Matronas de España 2007, Ministerio de Sanidad y Política Social 2010, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia 2007]. Esta estrategia de cambio hacia un parto más humanizado no es exclusiva de España, hay otros muchos países que pretenden este cambio, como por ejemplo Brasil [Bastos Porfírio et al 2010, Behruzi et al 2010].

Entre las prácticas que se recomiendan en este nuevo contexto de la atención perinatal se pueden encontrar las siguientes:

- Las mujeres en trabajo de parto deben ser tratadas con el máximo respeto, disponer de toda la información y estar implicadas en la toma de decisiones.

- Se recomienda satisfacer, en la medida de lo posible, las expectativas de la mujer en relación con el alivio del dolor durante el parto.

- Se recomienda facilitar el acompañamiento de la mujer durante el parto por la persona de su elección.

- Se recomienda no utilizar el enema de forma rutinaria durante el parto.

- No se recomienda el rasurado perineal sistemático en mujeres en trabajo de parto.

- Tanto la monitorización electrónica fetal continua como la monitorización electrónica fetal intermitente acompañada de auscultación intermitente son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto.

- Se recomienda no realizar amniorrexis artificial ni perfusión de oxitocina de forma rutinaria en partos vaginales que progresan de forma normal, ya que las pruebas muestran que esto no mejora los resultados.

- Se recomienda que durante el parto las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda.

- No debe practicarse episiotomía de rutina en el parto espontáneo.

- Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical.

- La iniciación de la lactancia materna debe ser alentada lo antes posible después del nacimiento, preferentemente dentro de la primera hora.

- Se recomienda que las mujeres mantengan el contacto piel con piel con sus bebés inmediatamente después del nacimiento.

- Se recomienda el manejo activo del tercer periodo del parto, alumbramiento farmacológico o dirigido.

- No se recomienda la amnioscopia en la valoración inicial de la mujer de bajo riesgo en trabajo de parto.

- Se recomienda la inmersión en agua caliente como un método eficaz de alivio de dolor durante la fase tardía de la primera etapa del parto, es decir, el periodo de dilatación.

- Se recomienda el masaje y el contacto físico tranquilizador como un método de alivio del dolor durante la primera y la segunda etapa del parto.

- Las mujeres que elijan usar las pelotas de goma deben ser animadas a hacerlo para buscar posturas más confortables.

- Las mujeres que elijan utilizar técnicas de respiración o relajación debieran ser apoyadas en su elección.

- Se recomienda la inyección de agua estéril durante el parto como un método eficaz de alivio del dolor lumbar, informando que la inyección intradérmica produce escozor y dolor intenso momentáneos [Ministerio de Sanidad y Política Social 2010].

El Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo señala el papel cada vez más central de la ciudadanía en los sistemas de salud modernos, originando la aparición de un nuevo modelo de atención a la salud centrado en las y los pacientes y usuarios, aspecto que resulta la base para el desarrollo de las nuevas estrategias. Es necesario comenzar señalando la importancia de los cuidados de la salud de la embarazada en todo el proceso para llegar al momento del parto en las mejores condiciones tanto para la madre como para la criatura por nacer. Desde el comienzo del embarazo las mujeres y sus parejas deberían

disponer de la información sobre el proceso fisiológico de la maternidad y la capacidad que de forma natural es desarrollada por las mujeres. De este modo se evitarían incertidumbres y miedos y se favorecería una vivencia satisfactoria del embarazo y una orientación hacia un parto normal, reorientando la demanda de un parto intervenido sin justificación [Ministerio de Sanidad y Consumo 2008]. La educación maternal puede ser el modo de transmisión de toda esta información sobre la maternidad, las recomendaciones de asistencia al parto, etc. a las mujeres y así poder conseguir esa vivencia positiva del embarazo y el parto. Incluso para las autoridades sanitarias de un país como los EE.UU. uno de los objetivos de desarrollo del Healthy People 2010 consiste en incrementar el número de mujeres embarazadas que asiste a un curso de preparación al parto [Bailey et al 2008]. El Healthy People es un programa de promoción para mejorar la salud de todos los ciudadanos estadounidenses dirigido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.; Healthy People 2010 está organizado en 28 áreas de actuación con 467 objetivos de salud pública. Estos objetivos, desarrollados y seleccionados a través de las consultas realizadas con una amplia gama de organizaciones, grupos e individuos, proporcionan un marco para el seguimiento y medición de las mejoras en el estado de salud de la población estadounidense durante un período de diez años que abarca desde el año 2000 al año 2010 [US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics 2010]

Otro cambio significativo en la dispensación de la atención prenatal en nuestro país es la modificación en los últimos tiempos del nivel de atención sanitaria pasando la mayoría de la asistencia desde la atención especializada a la atención primaria [Junta de Andalucía, Consejería de Salud 2005]. Esta atención prestada por matronas y médicos de familia tiene una efectividad clínica similar, con menor coste para las madres y para los sistemas sanitarios y con las mujeres más satisfechas que cuando esta atención es prestada por los ginecólogos en las consultas de atención especializada [Cercas 2006, Khan-Neelofur y Villar 2000].

La educación sanitaria como un instrumento eficiente para la salud

La OMS en su declaración de Alma-Ata manifiesta que la mejora del estado de salud de la población estará determinada por la prevención y la promoción y por una utilización más racional de los avances tecnológicos. Para el cumplimiento de los objetivos de esta declaración la educación para la salud desarrolla un papel primordial y principal [Martín 2010].

El campo de acción de la educación para la salud es toda la colectividad. Cualquier persona, sea cual sea su edad, sexo, nivel de renta y lugar de residencia, y con independencia de las circunstancias de su vida personal, familiar o social, puede y debe beneficiarse de la educación sanitaria. Las necesidades de los distintos individuos y grupos sociales no son uniformes, por lo que los objetivos también son diferentes [Fuentes et al 2008]. Ejemplo de esto puede ser diversos estudios que han demostrado la utilidad de la educación para la salud en personas de diferentes edades, tanto en personas con edades avanzadas [Pino et al 2010], como en niños en edad escolar [Christle et al 2011] y adolescentes [Ehiri et al 2009].

La educación para la salud es reconocida como una de las estrategias básicas en la que se debe de sustentar el cambio en los sistemas sanitarios para poder conseguir el gran objetivo de salud para todos. A pesar de ello la educación para la salud es uno de los recursos en los que menos medios se invierten, tanto desde el punto de vista humano como desde el punto de vista económico y material [López 2008].

La educación para la salud tiene numerosas definiciones pero todas persiguen el objetivo de la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos. La educación para la salud ha demostrado numerosos beneficios, como puede ser el abandono del hábito tabáquico, reducción del consumo de alcohol, prevención de accidentes infantiles, reducción del exceso de peso, reducción de la hipercolesterolemia, etc. [Fuentes et al 2008]. También la educación sanitaria en el posparto acerca de la anticoncepción da lugar a un aumento del uso de la anticoncepción y menos embarazos no planificados [Grimes et

al 2010]. En el plano de la salud sexual y reproductiva la combinación de las intervenciones educacionales y anticonceptivas parece reducir el embarazo no deseado en adolescentes [Ehiri et al 2009], aunque hay situaciones en las que la educación sanitaria por sí sola resulta ineficaz como por ejemplo para determinar los efectos sobre los resultados de los medicamentos relacionados con los consumidores, los profesionales o los sistemas de asistencia sanitaria [Grimshaw et al 2011].

Otro término relacionado con la educación para la salud es el marketing social. La idea del marketing social surgió con la aplicación de los principios y técnicas de marketing a las campañas de educación para la salud durante la década de 1960. El uso de la salud relacionada con el marketing comercial se hizo más generalizado en la salud pública durante la década de 1980 y principios de 1990. Existe un debate sobre la contribución del marketing social para la salud pública global, y la educación sanitaria y promoción de la salud en particular. Se debe dar prioridad a los enfoques orientados a la salud en lugar de a las orientadas al mercado. El marketing social es una herramienta más que una solución para la educación para la salud y los problemas de la promoción de la salud. Las necesidades de salud deben ser evaluadas con el fin de comunicar de manera efectiva y eficiente los mensajes de salud [Montazeri 1997].

Actualmente la educación para la salud presenta deficiencias, una de estas deficiencias puede ser debida a que debe formarse a la población para participar de manera activa y tomar decisiones que le convengan y que no afecten su salud y bienestar. A estas deficiencias se añade que los pacientes no tienen capacidad de comprensión del material utilizado en estas intervenciones, por ejemplo el de los folletos educativos que reciben en el momento de atención en salud. Otras de los aspectos que pueden influir en esas deficiencias de la educación para la salud es el modelo médico predominante, que en la actualidad es el biomédico, y no se debe olvidar el importante rol de los profesionales de la salud [Alonso y Caballero 2010]. Esta situación, entre otros factores, hace que algunos piensen en la utilidad del *empowerment* social para repensar las prácticas de educación para la salud y así poder contribuir a las prácticas de cuidados de la salud, haciendo especial hincapié en la relación entre los profesionales de la salud

y los usuarios [Resende 2008]. La importancia de los profesionales de la salud en este tema y la implicación de éstos en la educación para la salud queda reflejado en los resultados obtenidos en un estudio realizado entre médicos de atención primaria en Galicia, en el que se revela que sólo una tercera parte de los médicos de atención primaria realiza la actividad de educación para la salud y que diversos factores, como pueden ser la formación del profesional, así como el sentirse eficaz al realizar dicha educación, son determinantes que influyen positivamente en el profesional para que lleve a cabo esta actividad [Díaz 2001]. En la actualidad las nuevas tecnologías tienen un papel importante, así en el campo de la prevención los sitios web de Internet, y sus instrumentos conexos, constituyen valiosas herramientas para centros de salud, y en particular para las autoridades sanitarias. Hasta el momento, sin embargo, su indudable potencial permanece sin explotar [Alberti et al 2011]. Así, los sitios web son un medio eficaz para proporcionar información de salud, y poder servir como una herramienta importante para la salud pública de la comunidad [Brimmer et al 2009], aunque los pacientes encuentran diferentes barreras al uso de esta información sanitaria, entre las que se incluyen: la falta de acceso físico a internet, la motivación y una falta real o percibida de habilidades cognitivas para encontrar y usar la información. De estos obstáculos, la motivación y las habilidades son cruciales. El simple aumento del acceso a la información en línea no dará lugar a un mayor uso de esta información a menos que los pacientes estén motivados y sean capaces de utilizar de forma efectiva internet y la información que encuentren [Car et al 2011].

Se puede realizar educación para la salud tanto a nivel individual como a nivel grupal. La educación grupal, según De Cabo Laso et al [2009], frente a la educación individual, conlleva una reducción en los costes sanitarios en hospitalizaciones, en consultas médicas y en el consumo de fármacos en algunas enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y las enfermedades reumáticas, así como en diversos aspectos de la salud materno-infantil. La educación para la salud grupal e individual son igual de efectivas, pero la educación para la salud grupal tiene un menor coste. La eficacia de la educación para la salud individual frente a la educación para la salud grupal es similar. Además la educación para la

salud grupal economiza personal y tiempo y favorece el intercambio de experiencias entre los participantes del grupo.

La educación maternal tal y como está enfocada actualmente en el sistema sanitario estaría dentro de la modalidad de educación para la salud grupal, por ello es conveniente resaltar la importancia y las características de la educación para la salud en la modalidad de grupo. Los grupos a los que va dirigidos este tipo de intervención educativa requieren que sean pequeños en cuanto a número de participantes, un número que oscile entre las 10 y 20 personas. Con este número se pueden utilizar metodologías educativas participativas y altamente eficaces. Grupos de mayor tamaño pueden ser idóneos para dar información, pero es más dudosa su efectividad para lograr el cambio de conductas. Entre las potencialidades que aporta el trabajo en grupo se pueden destacar el apoyo que el grupo aporta al compartir las mismas inquietudes e intereses [Basurto 2011]. Además, en lo que a promoción de la salud se refiere, el grupo aporta varias ventajas a sus participantes: la confianza en sí mismo y en el poder grupal como agente curativo, reducir el sentimiento de soledad y singularidad con el que los miembros asisten inicialmente, la información sobre aspectos saludables, el aumento de la autoestima con la seguridad y las sugerencias que los participantes comparten, la comprensión de los fenómenos del grupo familiar a partir de las relaciones intragrupales, el aprendizaje, a partir de las relaciones interpersonales que tienen lugar en el seno del grupo, facilita el apoyo y las habilidades sociales, el aprendizaje de conductas eficaces, el autoconocimiento, a partir del *feedback* de los participantes y que se fomenta la confianza y la expresión emocional [Paulí 2005].

Si se centra la atención en el tema específico que va tratar la educación para la salud a la que se va a referir este trabajo de investigación, es decir, la educación sanitaria en el campo de la atención perinatal o también denominada educación maternal y en el aspecto económico, se puede decir que supuso un coste medio por habitante para el entonces Insalud de cada una de las unidades de educación maternal en el año 2000 de 185 pesetas (1,11 euros) [Fernández 2009].

La educación maternal a lo largo de la historia

Si se entiende la educación maternal como un instrumento para mitigar el dolor durante el parto se puede situar su origen en la prehistoria, y está presente a lo largo de toda la historia y en diversos pueblos, como en las mitologías asiria y griega, en la china milenaria, en los pueblos precolombinos, en Mesopotamia, en el antiguo Egipto, y en la Grecia clásica; en esta época Hipócrates reconoció que forma parte del arte médico, “como tarea de dioses”, mitigar el dolor. También durante la Roma clásica y la llegada del cristianismo, en Sorano de Éfeso se halla el fundamento de la psicoterapia del parto. También en el islam, en la Edad Media y el Renacimiento hay datos al respecto. Damian Carbon publica el libro “Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños”, donde entre otras cosas se apunta las influencias psicósomáticas. En 1513 Eucharius Rochlin afirma en su libro “La mujer embarazada y las parteras de Rosengarten” que durante los intervalos de uno y otro dolor la parturienta era animada por ellas a pasear, subir y bajar escaleras y hasta pedir ayuda y cantar. La partera así mismo confortaba a la madre en el trance y la exhortaba a respirar de forma adecuada en cuanto volvía el dolor, colaborando con ella de esta forma en la preparación y trabajo de parto [Becerro 1993, Pérez 2006].

Se puede situar el origen de la educación maternal tal y como es conocida hoy alrededor del año 1908, cuando la Cruz Roja ofrecía clases sobre el cuidado de la madre y su bebé como parte de los cursos de salud en el hogar [García del Campo 2006]. También a principios del siglo XX aparece la escuela nórdica (Vaughan y Randell) que concibe el parto como un ejercicio físico e introducen la gimnasia prenatal y la adopción de diferentes posturas en el parto [Fernández 2009] El tocólogo inglés Grantly Dick Read desde 1919 comienza a estudiar lo que él mismo llamaría "el problema del progreso" a partir de las aportaciones respecto al tormento, mutilación y muerte en los partos que les hicieron los doctores Simpson, Semelweiss, Lisser, Pasteur y Ballantyne, ya que la misma mujer, bajo anestesia para aliviarle el dolor, le privaban de la misma consciencia y de la

emoción que toda mujer siente al dar a luz a su propio hijo [Jiménez et al 1992].

El mismo Grantly Dick Read, siendo residente en el Hospital de Londres en 1929 escribió múltiples experiencias en hogares y en Hospital sobre mujeres que habían aprendido siguiendo el método fisiológico del parto, y que en un 90 % habían logrado tener un parto natural. En 1932 logra que le publiquen su obra *Natural Childbirth* ("Parto natural"), diez años después publica *The Revelation of Childbirth* ("La revelación sobre el parto"), y en 1944 *Childbirth Without Fear* ("Parto sin miedo"). En sus escritos Grantly Dick Read entiende que el parto es un fenómeno fisiológico al igual que otras grandes funciones de nuestro organismo y que el dolor es un producto de impulsos nerviosos y no fisiológicos. Después de sus observaciones en zoología, biología y fisiología, Dick Read [1933] expresa que ninguna ley natural puede justificar el dolor en el parto y mantiene explica el dolor con la relación de miedo-tensión-dolor. Para ello propugna, por una parte, eliminar el miedo o temor con la confianza y el conocimiento; y por otra, eliminar la tensión intentando controlarla con la respiración y los ejercicios musculares de modo que se ablanden las fibras circulares y longitudinales del cuello del útero [Jiménez et al 1992].

En los años 1920 aproximadamente, en la URSS, Velvoski, Platonov, Ploticher y Smugon investigan, sobre la base de la hipótesis pauloviana, acerca del dolor en el parto concluyendo que el dolor es una reacción condicionada por dos tipos de estímulos, los sociológicos y los religioso-culturales. El estímulo incondicionado viene expresado por las contracciones uterinas y éstas tienen como resultado los procesos de dilatación y expulsión, de tal manera que si al estímulo incondicionado se le asocian situaciones, ideas o leyendas de dolor, la respuesta será ya condicionada; es decir, se darán contracciones dolorosas. De esta manera era fácil colegir que habría que buscar determinadas técnicas que descondicionarán y que tratarán de disociar el miedo al parto de las contracciones, a base de inculcar ideas positivas y de exaltación de la maternidad, conjuntamente a ofrecer a la vez información fisiológica y obstétrica. Al mismo tiempo, estos autores observan que la pasividad se encuentra asociada a las ideas de miedo y consecuentemente con el dolor. De aquí que sea necesario buscar el descondicionamiento de ambas a base

de ejercicios respiratorios y musculares para que la mujer se sienta activa [Jiménez et al 1992]. En 1931 se publica el libro de Pavlov “Fisiología del estado hipnótico” que junto con la publicación “las lecciones sobre las actividades de los hemisferios cerebrales” forman la base fisiológica para la interpretación de la hipnosis y para sus aplicaciones al parto, siendo Nicolaiev, el primero en experimentarlo, difundiendo así en Rusia, hacia los años 1950, los llamados “hipnotarios” para preparar a las mujeres con sugerencias hipnóticas al parto sin dolor, mediante la hipnosis de grupo, consiguiendo Platonov y otros un 65% de éxito sobre los numerosos partos experimentados. J H Schultz propuso en 1926 el “entrenamiento autógeno” pasando de la hipnosis a la autohipnosis, dos años después, es decir, en 1928 surgió la “relajación progresiva” impulsada por E. Jacobson [Becerro 1993].

Lamaze, influenciado por la escuela rusa tras una estancia en Kiev, en el año 1952 en Francia pretende, mediante una información adecuada, eliminar miedos y supersticiones así como la formación de reflejos condicionados contracción-respiración para disminuir el dolor. Se trata de una preparación intelectual, física y psíquica. Este método permite a la mujer colaborar activamente en el parto y brinda a los padres la oportunidad de participar en sesiones de preparación, lo que facilitará una relación más positiva con su hijo. F. Lamaze presentó en la Policlínica de los Metalúrgicos de París el primer caso de parto sin dolor, llevando a cabo un programa de educación al parto a través de seis sesiones de dos horas con 15 mujeres y basado fundamentalmente en la información fisiológica y en diversas técnicas de control de estímulos [Jiménez 1992, Lamaze 1967].

En 1975 el porcentaje de mujeres gestantes que utilizaban este tipo de prácticas era superior al 6-7 %, programa llevado a cabo bajo el nombre de *Prepared Childbirth* asumido por la *American Society for Psychoprophylaxis in Obstetrics* [Jiménez et al 1992]. En 1956, Aguirre de Cárcer introduce el concepto de psicoprofilaxis obstétrica en España, sistematizando, así, la educación maternal. Su principal objetivo es que la mujer llegue psicológicamente madura al parto. Estudia los diferentes factores que influyen sobre el trabajo de parto, tales como la sensación dolorosa, la motivación y el interés por el curso, miedo ante la maternidad, aceptación e ilusión por el hijo. Introduce técnicas como la respiración

psicoprofiláctica, los ejercicios de gimnasia y de expulsión la relajación sofrológica y sobre todo la importancia de realizar la psicoprofilaxis obstétrica en grupo. Más aportaciones mundiales a la educación maternal introdujeron conceptos como parto natural, humanizado y ecológico. Leboyer, en 1975 introduce el concepto de nacimiento no violento, en silencio y a oscuras. Kitsinger, en 1980, habla del abordaje del trabajo de parto con confianza con un enfoque adaptativo [Fernández 2009].

Caldero Barciá [1980] de la escuela de Montevideo introdujo el concepto de parto humanizado. Este basó dicho concepto, entre otros, en aspectos psicológicos como la de educación, entrenamiento y psicoprofilaxis de la madre y el padre, así como en la participación familiar en el nacimiento. Así destacó la importancia de la preparación psicológica profiláctica con el fin de interesar y preparar al grupo familiar para el momento del parto y nacimiento.

Es en el Primer Congreso Nacional de Matronas celebrado en Madrid (1955) presenta Ruiz Elvira el primer libro publicado en español "El parto sin dolor". Este mismo año Aguirre de Cárcer publica otro libro y el Colegio de Matronas organiza cursillos y conferencias sobre la preparación al parto, a la vez que se presentan publicaciones en la revista de la Escuela de Matronas. En 1959, el Seguro Obligatorio de Enfermedad recomienda a Aguirre de Cárcer una preparación al parto que denomina "Educación maternal". Por último, cabe mencionar que será la Delegación de Sanidad del Ayuntamiento de Madrid y de otros muchos Ayuntamientos surgidos de las primeras elecciones democráticas, quienes a través de los equipos multidisciplinares organizan en los Centros de Promoción de la Salud dichos cursos, dentro de los programas de salud materno-infantil. Muestra de este auge de la psicoprofilaxis obstétrica en España son las "Jornadas de estudios sobre Psicoprofilaxis Obstétrica" organizadas por el Colegio Oficial de Psicólogos de Barcelona en noviembre de 1981 [Castro et al 1996, Jiménez et al 1992, Mateo 2002] y también en otros países, así en 1984 el profesor de la Universidad Católica de Roma Umberto Piscicelli publica el libro "Training autógeno respiratorio y psicoprofilaxis en obstetricia" [Becerro 1993].

Será en el año 1982 cuando la Asociación Española de Psicoprofilaxis Obstétrica junto con el Ayuntamiento de Madrid, quienes celebren el primer curso para posgraduados sobre psicoprofilaxis obstétrica. En junio de este mismo año, estas mismas entidades, organizarán unas jornadas a las que asiste el presidente de la Asociación Internacional de Psicoprofilaxis Obstétrica, y otros pioneros en España [Jiménez et al 1992, Cabrera 2011].

Situación de la educación maternal en nuestro medio

Los defensores de la preparación para el parto han tratado de persuadir a las mujeres embarazadas que la preparación educativa para el parto es un componente esencial de la transición a la maternidad. Inicialmente, este punto de vista correspondía a las mujeres embarazadas que estaban buscando los nacimientos no medicalizados como refugio de los tratamientos inhumanos de dar a luz a mediados del siglo XX. Sin embargo, con el clima cambiante en la atención al parto, incluyendo una creciente preferencia por el parto medicalizado, inducciones programadas y las cesáreas, la asistencia a estos programas ha disminuido y la preparación para el parto se encuentra en una encrucijada [Rossie et al 2009].

En nuestro medio, los programas de educación maternal son llevados a cabo por la matrona o enfermera siguiendo la guía de educación y está recogida en la cartera de servicios que oferta el sistema sanitario público a la mujer gestante dentro del proceso asistencial integrado de embarazo parto y puerperio de la Junta de Andalucía; concretamente indica que se debe de realizar a partir de la semana 28 de gestación y establece como criterios de calidad la asistencia mínima a 3 sesiones, entrenamiento en técnicas de relajación, respiración y ejercicio, facilitar la expresión de dudas y temores, información sobre el proceso del parto, puerperio y cuidados del recién nacido, información sobre analgesia en el parto, fomento de la lactancia materna, etc. [Junta de Andalucía. Consejería de Salud 2005].

Estos programas de educación maternal no son exclusivos de nuestro país, podemos encontrar programas similares en países tan diferentes como Japón, Estados Unidos, China, Brasil, Finlandia, Méjico, Alemania, etc. [Gagnon y Sandall 2008].

La legislación laboral vigente en España considera justificada la ausencia al trabajo para la realización de técnicas de preparación al parto [Ministerio de Trabajo e Inmigración 1999] y se oferta esta actividad de forma gratuita y universal a todas las mujeres embarazadas desde el sistema sanitario público en horario flexible y próximo a su lugar de residencia, [Junta de Andalucía, Consejería de Salud 2005] pero, a pesar de todo ello, el porcentaje de gestantes que acuden a dichos programas es bajo, como se puede apreciar en diversos trabajos; en Aguado et al [2001] sólo el 38,9% de las mujeres embarazadas a las que se le ofertó el programa asistieron; Gálvez et al [1996] situaron el porcentaje de participantes alrededor del 44%, en Bérnues et al [1991] en un 40,6% y en Campos et al [1994] en un 26,3%.

Las directrices para los cuidados perinatales de la American Academy of Pediatrics-American College of Obstetricians and Gynecologists afirman que se debería de animar a los padres a acudir a un curso de preparación al parto [Bailey et al 2008]. Además las propias usuarias valoran positivamente la realización de educación maternal [García-Calvente et al 2004]. La consideran de utilidad para el embarazo, el parto y los cuidados del recién nacido y recomiendan que deberían hacerla todas las gestantes [Garrido et al 1999] y, a diferencia de lo que ocurre con otros grupos de educación sanitaria, que surgen prácticamente siempre por iniciativa de los profesionales, son las propias mujeres y sus parejas los que demandan este servicio [Martínez et al 2001] considerando las mujeres este servicio como muy eficaz [Espinaco et al 1997] e incluso afirman que se debería de dedicar más atención a ella [Vanagas et al 2009]. Según Crang et al [2010] la educación maternal grupal es bien aceptado por las mujeres, y hace que las matronas pueden utilizar el tiempo de forma más eficiente. Las mujeres realizan una valoración muy positiva de las actividades relacionadas por la matrona, como el control del embarazo y el seguimiento de la salud infantil y muy especialmente de la educación maternal y la visita puerperal [Fernández et al. 2001]. En un estudio realizado en Galicia

se pudo comprobar la fidelidad a las clases de educación maternal que tienen las mujeres que inician este programa de educación maternal ya que el 93,4% de las mujeres que lo inician lo finalizan [Conde et al 2007].

En muchas ocasiones, la educación maternal ha sido entendida como una mera transmisión de conocimientos y lo verdaderamente importante en materia de educación para la salud no es que la persona sepa mucho, sino que se comporte de manera diferente. Esta conjunción de adquisición de conocimientos y desarrollo de actitudes y conductas no solo deben centrarse en la preparación del parto, sino que repercute positivamente en la salud posparto de madres e hijos [García-Calvente et al 2004]. La educación para la salud en general y la educación maternal en particular se muestra efectiva cuando se realiza de manera participativa y bidireccional. Los cambios siempre han de ser voluntarios y el papel de los profesionales ha de ser el de facilitadores de estos cambios: conseguir que la persona aprenda a aprender y nunca pensar que lo más importante de la educación sanitaria es enseñar. El proceso educativo se ha de centrar en quien aprende y no en quien enseña. Es evidente que esta orientación en educación para la salud obliga a plantear una metodología participativa y vivencial no centrada únicamente en la transmisión de información. De hecho, y ante la situación actual de la educación maternal, diversos estudios, incluido uno realizado en nuestro país, recomiendan un rediseño y evaluación del programa actual de educación maternal y aconsejan nuevas estrategias y enfoques pedagógicos [Andersson et al 2011, Arones et al 2002, Artieta-Pinedo et al 2010]. Además, las propias matronas que trabajan en atención primaria y que, por lo tanto, son las que mayoritariamente imparten o desarrollan el programa de educación maternal son conscientes que no pueden mantenerse al margen de los cambios sociales que se están produciendo en un proceso tan complejo como es el ámbito de la maternidad y la familia, por lo que deben ir ajustando los contenidos y la metodología utilizada para adaptar los programas de educación maternal a las nuevas demandas de la sociedad [Blanco et al 1999]. De hecho en el estudio realizado por Gallardo y Sánchez [2007], las matronas en su mayoría, el 91 %, manifestaban que había un cambio en la demanda por parte de la población en materia de educación maternal y un 88% de estos profesionales sanitarios afirmaban que habían realizado adaptaciones en el

programa de educación maternal, entre la multitud de variables que influyen en esta demanda se encuentra el trabajo fuera del hogar, las expectativas de la analgesia epidural, inmigración y el dilema de la lactancia entre otras. Estos cambios se realizan tanto en los contenidos, en la metodología empleada, y en los recursos didácticos utilizados.

Componentes de un programa de educación maternal

En principio, la actividad grupal ha demostrado que es más fructífera a la hora de adquirir conocimientos que la actividad individualizada [Formación Médica Continuada Atención Primaria 2011]. Uno de los obstáculos que se puede encontrar en el programa de educación maternal es que, a pesar de existir guías de programas de educación maternal en los cuales se indican las sesiones, los contenidos, los objetivos, la metodología, los recursos a utilizar y la evaluación a realizar [Generalitat de Catalunya. Departament de Salut 2009, Generalitat Valenciana Conselleria de Sanitat 2004, Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Distrito Sanitario Jaén Nordeste 2011, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Gerencia de Atención Primaria de Albacete 2011] se ha podido comprobar in situ la variabilidad con la que el personal sanitario encargado de dicho programa lo desarrolla dependiendo del centro sanitario en el que se impartan las clases de educación maternal, en esta misma línea se expresa la revisión Cochrane realizada por Gagnon y Sandall [2008], en la que expresan que el contenido de clases varía considerablemente y es probable que se vea afectado por los objetivos subyacentes y la forma en que se proporcionan las clases, así como las habilidades, la experiencia y la motivación del profesor. En el Anexo 1 se expone un esquema de un programa de educación maternal que se puede encontrar en formato CD, en el cual están disponible todos los recursos a utilizar, así como la metodología a desarrollar [ISDIN 2004].

Esta variabilidad, en parte, puede que este influida por la falta de unificación en la formación sobre este tema, es decir, sobre la educación maternal. Las matronas han adquirido dicha formación por diferentes vías,

no existiendo una formación básica y común. Proviene de distintas fuentes. Cabe destacar que sólo el 37,8% afirma que durante su periodo de formación especializada como matrona recibió formación sobre la educación maternal, siendo otras fuentes el intercambio de experiencias, la búsqueda bibliográfica, la asistencia a congresos y jornadas, la formación continuada, tanto realizada en el trabajo como de forma externa, e incluso hay un 4,1% del estudio que realizó Gallardo y Sánchez [2007] que afirma que no ha recibido ninguna formación al respecto. Castro [2004] aseguró que en la actualidad los programas de educación maternal se comportan como un proceso cerrado, donde el aprendizaje está pautado y no es sensible a las necesidades, expectativas y diferencias de las personas que acuden a ellos y que son las protagonistas del proceso.

En concordancia con Artieta y Paz [2006], que concluyeron que un análisis de las necesidades de las mujeres y de cuál es la información más efectiva para adecuar y distribuir los recursos y, finalmente, optimizar el resultado, se piensa que los componentes de la educación maternal deberían de estar orientados a cumplir unos objetivos, y estos objetivos deberían de ser planteados de forma que pueda dar respuesta a las necesidades identificadas y a las expectativas de la mujer [Sánchez 2001]. Si se cubren esas necesidades y expectativas de la mujer se puede conseguir la satisfacción del producto, en este caso con el programa de educación maternal [Fernández et al. 2001].

Estas necesidades engloban las demandas y preocupaciones de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio abarcando tanto los aspectos que le afecten directamente a ella bien a nivel físico, psíquico y social como al recién nacido. Así, por ejemplo, un programa de educación maternal tendría que tener en cuenta las preocupaciones manifestadas por las mujeres que han dado a luz para así poder dotar a la mujer de los recursos necesarios para hacerles frente; entre estas preocupaciones se encuentran la alimentación y peso del recién nacido, la cura del cordón umbilical, la manipulación del bebe, etc. En lo que a las madres propiamente concierne el dolor y el cuidado de las mamas se encuentran entre las mayores de sus preocupaciones [Escuriet y Martínez 2004].

De hecho, muchas madres después del parto, sobre todo las primíparas cuando regresan a su hogar y comienzan las prácticas de cuidado no tienen suficiente información y habilidad para desenvolverse con el bebé [García-Calvente et al 2004]. Otros temas sobre los que demandan información se centran en el embarazo; más concretamente sobre los cuidados en general durante este periodo y los cambios tanto a nivel físico como emocional que se producen a lo largo de la gestación [Duque et al 2009].

Las mujeres una vez que conocen la actividad de la estimulación intrauterina se interesan por el tema y la mayoría creen que debería de darse información a todas las gestantes sobre esta dentro del programa de educación maternal incluso llegando a desplazar otros temas que ellas consideran menos importantes como pueden ser la planificación familiar o la atención en el puerperio [Castaño et al 2007]. Además de los contenidos teóricos es altamente recomendado, si el embarazo transcurre sin problemas y sin contraindicaciones médicas, el ejercicio físico combinando un programa de acondicionamiento neuromuscular con un programa de acondicionamiento cardiovascular; esta recomendación es válida tanto para mujeres que fueran activas o sedentarias antes de que se produjera el embarazo [Benítez et al 2010].

También sería conveniente y deseable la formación y adiestramiento de las mujeres embarazadas en ejercicios y técnicas de relajación [Formación Médica Continuada Atención Primaria 2000]. Aunque los contenidos es un componente importante, la metodología empleada en la educación maternal resulta fundamental así en el desarrollo de las clases de educación maternal se debería de combinar diferentes técnicas, ya que cada una de ellas hace posible la consecución de diferentes objetivos. La aplicación racional de la didáctica en la educación para la salud ayudará a conseguir los objetivos predeterminados.

Las técnicas participativas son las que han demostrado ser más efectivas, ya que con éstas se facilita la implicación y el compromiso de las mujeres en el mantenimiento y la promoción de su salud. Como profesionales, esto conlleva trabajar con método y no para las mujeres, sino con ellas [Gómez 2001]. La matrona que conduce grupos en educación

para la salud debe tener conocimientos sobre el tema que se va a tratar y sobre la dinámica de los grupos [Paulí 2005]. Entre las diferentes técnicas didácticas que se puede utilizar en las sesiones de educación maternal se encuentran: la escucha proyectiva, el debate, el seminario, el juego de roles, el método del caso, sesiones expositivas, etc. [Gómez 2001].

A pesar de la multitud de medios de divulgación de información de los temas referentes a la atención perinatal de los que se disponen hoy en día, las mujeres le dan más confianza a la información ofrecida por los profesionales pero les resultan poco accesibles [Duque et al 2009]. La matrona es un profesional muy apreciado por la labor de continuidad de cuidados a lo largo de todo el proceso del embarazo [Hildingsson et al 2002], así como las actividades que realiza [Fernández et al 2001]. Además, el grado de satisfacción de las mujeres con este profesional es muy alto [Alonso y García 2002], por lo que da premisas para pensar que es el profesional más adecuado para llevar a cabo el programa de educación maternal.

El crecimiento notable de partos de inmigrantes estimula a desarrollar, por parte de las instituciones sanitarias, un plan de atención a la diversidad cultural que incluya los servicios obstétrico-ginecológicos entre sus prioridades, y adaptar sus sistemas de información y registro, tan ajustados a normas y culturalmente homogéneos a la nueva realidad cultural y social de nuestro entorno [García et al 2008].

Beneficios que aporta la educación maternal

La educación maternal se ha mostrado claramente beneficiosa según algunos estudios con respecto, por ejemplo, a la duración de los periodos de dilatación y expulsivo, menos uso de instrumentales, menor proporción de cesáreas y sobre todo con respecto a la satisfacción con la que las mujeres vivían el parto [Alaghehbandan et al 2005, Araneda et al 2006, Baglio et al 2003, Bergström 2010, Cuenca et al 1981, Escribano et al 1996, López et al 2009, Pérez 2006]. Asimismo, parece conseguir su máxima eficacia en la mejora y adquisición de conocimientos por parte de

la mujer, y en menor medida sobre el cambio de actitudes y hábitos de comportamiento [Escribano et al 1996, Garrido et al 1999, Hauck et al 2007]. En cuanto a los beneficios que parece conseguir en otros aspectos relevantes del postparto y recién nacido, hay pruebas sobre su efecto sobre el mantenimiento en el tiempo o sobre el número de madres que inician lactancia materna [Castillo et al 2000, Dyson et al 2008, Junta de Andalucía 2005].

Sin embargo, otro buen número de trabajos no encuentran que la asistencia a las clases de educación maternal proporcione beneficios durante el parto [Artieta-Pinedo et al 2010, Brown y Lumley 1993, Escott et al 1999, Fabián et al 2005]. En esta línea, y centrando la atención en un tema tan importante como la lactancia materna se pueden encontrar algunos ejemplos, una investigación realizada en Vigo en el año en 1996 no estableció relación entre la asistencia a educación maternal y la elección de la lactancia materna, aunque establece una relación directa entre el número de clases de educación maternal y la prolongación de la lactancia materna exclusiva y mixta [Fernández Valera et al 2001]. Siguiendo con la relación entre la asistencia a la clases de educación maternal y la prevalencia de lactancia materna, tampoco se encontró asociación entre ambas en un estudio realizado con la población de todos los recién nacidos en hospitales públicos de Asturias [Alonso et al 2000], ni en otro realizado por Casitas et al [1996] en el distrito sanitario de Córdoba, en el que observaron que no había asociación entre el inicio de la lactancia materna y la asistencia al programa de educación maternal. Sin embargo, en sentido contrario a lo que marcan las anteriores investigaciones se encuentran trabajos que conceden beneficios a la educación maternal con respecto a la lactancia materna. Así, se ha informado que una intervención educativa sobre lactancia en las clases de educación maternal previene la aparición de grietas en el pezón de la madre en los primeros días después del parto [Carrasco et al 2010] y que las mujeres que acuden a los cursos de preparación al parto con la matrona se decantan en mayor medida por la lactancia materna [Alonso y García 2002].

La lactancia materna es de vital importancia hoy en día, tal es así que la OMS recomienda que como mínimo la lactancia materna exclusiva abarque los primeros seis meses de vida [WHO 2002]. Esta recomendación

está basada en la evidencia científica [Chalmers et al 2001]. Existen muchas pruebas de los beneficios para la salud a corto y a largo plazo de la lactancia materna, por ejemplo, los niños que no son adecuadamente amamantados durante los primeros tres a cuatro meses de edad tienen más probabilidades de sufrir problemas de salud, como gastroenteritis, infección respiratoria, otitis media, infecciones urinarias enterocolitis necrotizante, enfermedad atópica, en caso de haber antecedentes familiares de atopia y diabetes mellitus. Las investigaciones también indican una relación positiva entre la lactancia materna y la salud ósea del niño. Además, la lactancia materna es beneficiosa para la salud de la madre. Las mujeres que no amamantan presentan probabilidades significativamente mayores de desarrollar cáncer ovárico epitelial [Dyson et al 2008]. La relación de la lactancia materna con el riesgo de sufrir un cáncer de mama ha sido estudiado y los diferentes estudios muestran unos resultados incongruentes [Gunnell et al 2005]. Las mujeres que no han amamantado presentan más riesgos de sufrir fracturas de cadera durante la vejez [Dyson et al 2008].

Lamentablemente, tan solo un 35% de los neonatos a nivel mundial reciben lactancia materna exclusiva pasados los primeros tres a cuatro meses de vida [WHO 2003]. Según una revisión Cochrane realizada en el año 2008 las intervenciones de educación sanitaria, como puede ser la educación maternal, mejoran las tasas de inicio de lactancia materna entre las mujeres [Dyson et al 2008].

Hay estudios que sugieren que la influencia de la educación para el nacimiento no debería de ser evaluada en términos de resultados perinatales, sino más bien en cuánto y qué tipo de información puede ayudar a la pareja durante el parto y nacimiento [Garijo et al 2004]. Cabe tener en cuenta que el embarazo es un periodo donde la mujer demanda y recibe información de muy variada índole. A veces puede ser inadecuada, poco filtrada, poco actualizada o de calidad insuficiente. Una información inadecuada y deficiente puede ocasionar una ansiedad excesiva que influya negativamente en su estado emocional [Duque et al 2009]. La educación maternal puede ser un recurso para cubrir la necesidad de reducir la ansiedad, miedo y dolor, especialmente a través de la desmitificación de los prejuicios basados en tradiciones orales y escritas, los mitos y los ritos. Esta desmitificación se consigue con la aclaración de dudas y la

adquisición de nuevos conocimientos [Couto 2006]. En definitiva, en la educación maternal las mujeres pueden encontrar herramientas para manejar la ansiedad, especialmente cuando la mujer no dispone de otros recursos [Aguilar-Vafaei et al 2006, Ariza 1985, Artieta-Pinedo 2007, Ip et al 2009]. Además también se tiene que tener en cuenta que según Correia et al [2010] las mujeres que han realizado educación maternal planean y preparan el parto de manera más positiva.

La educación maternal mejora la funcionalidad del cuerpo de la embarazada, las mujeres perciben una mayor agilidad de movimientos y menor dolor de espalda, también percibe una buena imagen corporal y reduce sus temores aunque no atenúa los miedos que hacen referencia a las malformaciones fetales [García et al 2003]. Hay que destacar que la educación maternal no sólo se ha estudiado su influencia sobre el aspecto físico, sino también sobre el aspecto social y psicológico como se puede comprobar a lo largo de todo este apartado; incluso Barlow y Coren [2004] sugieren que los programas de crianza pueden tener un papel que desempeñar en la promoción de la salud mental de las madres. En general, la salud mental de las mujeres que acudieron al programa de educación maternal o psicoprofilaxis obstetrica fue considerado como bueno en las conclusiones de Cuenca et al [1987].

La humanización de la asistencia perinatal cuenta en la educación maternal como uno de sus instrumentos fundamentales [Alves y Lima 2004]. Reduce el número de intervenciones rutinarias e innecesarias durante el embarazo y parto; se encuentra un menor número de cesáreas, menor tasas de episiotomías, mayor libertad de movimientos durante el parto, menor patología en el embarazo y un menor número de la utilización de la oxitocina [Araneda et al 2006]. Las parturientas que han asistido a las sesiones de educación maternal durante el embarazo tienen una participación más activa durante el parto [Santiago y Vidal 2004]. En general, según afirma Campos et al [1994], las mujeres que realizan los cursos de educación maternal están más relajadas durante el proceso de parto.

Otros plantean que la asistencia de las mujeres a educación maternal no tiene repercusión sobre el comportamiento de la mujer intraparto

[Arones 2002]; también otros autores comprobaron que había mujeres que a pesar de haber realizado la preparación para el parto tienen mal comportamiento en el parto; identificaron los factores más estrechamente relacionados con el mal comportamiento en el parto y concluyeron que estos son el ejercicio de una profesión intelectual y la existencia de unas relaciones maritales y sexuales deficientes y, por tanto, que el conocimiento de la relación de la pareja debe tenerse en cuenta sistemáticamente en la preparación al parto, ya que dichos factores influyen sobre el comportamiento de una manera aún más evidente que el deseo de embarazo y el grado de estabilidad psicovegetativo [Baqueri et al 1988].

Se ha concluido que la educación maternal brinda beneficios a la madre y al recién nacido. Los recién nacidos de madres que han realizado la educación maternal establecen con mayor frecuencia contacto precoz piel con piel, con todos los beneficios que ello conlleva como son mayor probabilidad de lactar, mayor conducta de apego materno, etc. [Reyes 2004, Anderson et al 2008]. Las mujeres que no han realizado educación maternal tienen dos veces más posibilidades de tener un recién nacido pequeño para su edad gestacional y siete veces más de complicaciones neonatales tempranas, y estas mujeres tienen mayor probabilidad de presentar líquido amniótico meconial [Reyes 2004]; sin embargo, Ahn et al [2008] no encontraron relación entre la realización o no de educación maternal por parte de la madre y la aparición de líquido meconial. La inhalación de este líquido meconial por parte del bebé antes, durante o inmediatamente después del nacimiento puede producir el síndrome de aspiración meconial, cuya mortalidad asciende hasta el 2%-4% y que cursa con distrés respiratorio. El meconio favorece las infecciones e inhibe la función del surfactante pulmonar [Jiménez y Quero 2008].

Ahn et al no [2008] encontraron diferencias entre los recién nacidos de mujeres que asistieron a las clases de preparación al parto y las que no asistieron en lo que al test de Apgar del recién nacido se refiere, tanto al minuto como a los cinco minutos de vida. El test de Apgar valora cinco signos clínicos: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y coloración. A cada parámetro se le da un valor entre 0 y 2 de tal manera que se obtiene una puntuación total entre 0 y 10. Una

puntuación menor de 7 puntos indica dificultades del recién nacido para adaptarse a la vida extrauterina [Behrman et al 2004].

Los recién nacidos cuyas madres habían realizado educación maternal habían requerido menos días de hospitalización que aquellos cuyas madres no la habían realizado dicha preparación al parto [Calderón et al 2010].

La influencia de la asistencia a la educación maternal y la presencia de mayor número de desgarros vulvoperineales durante el parto fue estudiada por Avila [2004] concluyendo que había una asociación inversa entre ambos. En cambio otros, en un estudio realizado en Sevilla, no encontraron asociación entre la asistencia a las clases de educación maternal y la aparición de lesiones en el suelo pélvico [de la Pisa Latorre et al 1999]. Herrera y Gálvez [2004] afirmaron que a las mujeres que habían asistido a educación maternal se les practicó un mayor número de episiotomías en el momento del parto frente a las que no habían realizado los cursos de preparación al parto; si bien creen que esto pudo ser debido a la diferencia de paridad entre las mujeres que asistieron a la educación maternal y las que no lo hicieron; primíparas el 40,5% frente al 12,7 de múltiparas. Resultados contrarios en lo que a la realización de la episiotomía en el parto se refiere encontraron Araneda et al [2006], estableciendo una asociación negativa entre la asistencia a las clases y la práctica de esta incisión quirúrgica.

La influencia que sobre determinados parámetros bioquímicos tiene la educación maternal como puede ser la concentración plasmática de beta-endorfinas y ACTH [Becerro 1993, Fajardo et al 1997] o también sobre el equilibrio ácido-base fetal [Ahn et al 2008, Escribano 1996, Florido 1980] también ha sido estudiada con resultados incongruentes y contrarios.

La asistencia a clases de educación maternal ha tenido una asociación negativa con el número de partos que acaban en cesárea. [Alaghebandan et al 2005, Araneda et al 2006, Baglio et al 2000, Bernuéz et al 1991, Reyes 2004]. Según una revisión Cochrane del año 2011, las clases de preparación para el parto pueden reducir las tasas de cesárea en embarazos de bajo riesgo [Gruen et al 2011]. La cesárea aumenta la morbi-mortalidad materna y neonatal, y aumenta los costos para el sistema

sanitario frente un parto vaginal [Gyte et al 2008]. Además, la OMS aboga por una reducción del número de cesáreas [OMS 1985]. Hay estudios como el de Campero et al [2007], realizado en México, que han demostrado la asociación de factores no clínicos con el aumento de la incidencia de cesáreas.

La asistencia a los cursos de educación maternal incide de manera positiva a la hora de reconocer adecuadamente el momento de parto y acudir al servicio de obstetricia, disminuyendo de este modo las cargas de trabajo del personal que las realiza, y consiguiendo la optimización en el uso de recursos sanitarios [Albizu 2000, Reyes 2004]. Esto no lo apoya una revisión Cochrane, a pesar que entre uno de sus resultados se encuentra que un programa específico de educación prenatal resultó efectivo en la reducción del número promedio de visitas a la sala de parto antes del inicio del trabajo de parto activo concluye que no hay suficientes pruebas para determinar que la educación maternal es un buen instrumento para el autodiagnóstico del inicio del parto, y por lo tanto para identificar el momento oportuno de acudir al hospital [Hodnett y Lauzon 2008]. Otro aspecto a destacar es las repercusiones que tienen los servicios ofertados por la matrona y, especialmente la educación maternal de cara a la percepción que tiene la usuaria del sistema sanitario público, de forma que la educación maternal aporta «nueva imagen de la Seguridad Social», con una valoración muy positiva de esta [Fernández et al. 2001]. En lo referente al tema de estancia hospitalaria, la educación maternal no ha demostrado ser una herramienta útil para conseguir un alta precoz en mujeres primíparas que han dado a luz [Bell y Handfield 1995].

La adquisición y mejora de hábitos saludables por partes de las mujeres embarazadas que realizan educación maternal fue descrita por Garrido et al [1999]. Dentro de estos hábitos de salud se puede encontrar un abandono/disminución del hábito tabáquico, incremento del consumo de lácteos y la realización de ejercicio físico.

Las mujeres atribuyen a la educación maternal, valor para enfrentar lo que significa ser madres, tanto en el conocimiento de los cambios que experimentan, como en la toma de decisiones que realizan de manera libre, informada y con propiedad, lo que les permite gozar con plenitud su

embarazo [Aguayo y Angulo 2008]. Al mismo tiempo según Baglio et al [2000] las mujeres que asistieron a los cursos de preparación al parto están mucho más satisfechas con la experiencia del proceso de parto que las mujeres que no habían asistido a estas clases. Esta misma afirmación realizan Bailey et al [2008] y Artieta y Paz [2006], que además añaden que estas mujeres tienen unas vivencias más positivas del parto y una seguridad mayor en la propia capacidad para afrontar el parto y la crianza.

Durante el parto, además o en lugar de la analgesia, la mujer puede controlar el dolor mediante una serie de estrategias de afrontamiento. La educación prenatal brinda la oportunidad a las mujeres a prepararse para un parto menos doloroso [Escott et al 2009]. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [SEGO 2006], en el protocolo de analgesia en el parto, considera que la educación maternal es un método analgésico no farmacológico de eficacia poco demostrada. En cambio hay otros trabajos que concluyen que es un método analgésico eficaz [Ip et al 2009]. Fabián et al [2005] encontraron que las mujeres que acudían a las sesiones de educación maternal utilizaban más la analgesia epidural que aquellas que no acudían. Sin embargo, otros no encontraron diferencias entre las mujeres que realizaban y las que no realizaban educación maternal en lo que a la utilización de la analgesia epidural se refiere [Bergström et al 2009].

El número de inducciones de partos han aumentado en los últimos tiempos en alrededor de un 10% [García-Calvente et al 2004]. También en este aspecto la educación maternal ha demostrado ser efectiva consiguiendo una disminución de las inducciones electivas de parto [Chirino et al 2010]. Una indicación incorrecta de inducción con oxitocina con cuello desfavorable, aumenta el riesgo de operación cesárea. La inducción de parto es uno de los factores corregibles más significativos involucrados en las altas tasas de cesáreas [Cabrera et al 2002].

La mayoría de las mujeres que participaron en un estudio australiano agradecieron a las matronas la oportunidad de participar en la educación maternal grupal ya que consideran a esta como un instrumento útil para realizar amistades y redes de apoyo, y así poder realizar intercambio de conocimientos, ideas y experiencias con otras mujeres [Homer et al 2011].

Pero la educación maternal no sólo ha demostrado su utilidad en países desarrollados, así los resultados del estudio de Hauck et al [2007] informa de la implicaciones que tiene la educación maternal para las parteras en países en desarrollo y afirma que constituye un ejemplo de una iniciativa liderada por la partería para proporcionar educación formal sobre el parto a estas mujeres vulnerables de estos países.

Factores asociados a la asistencia a educación maternal

Villar [2007] identificó como factores asociados a la realización de la educación maternal el tener un control prenatal, el conocimiento previo del servicio y la satisfacción con el servicio entre otros mientras que asoció de forma negativa el trato hostil o poco amable por parte del personal, a los determinantes que influyen en la participación de los programas de educación maternal Moreno et al [1997] afirmaron que a mayor número de hijos las gestantes participan menos en el programa de preparación al parto, de manera que las gestantes que realizan la educación maternal son fundamentalmente las primíparas, este mismo factor de la primiparidad también es considerado por parte de Del Pino et al [2007] como un determinante que influye de forma positiva para que las embarazadas acudan a este programa. El trabajar fuera de casa, estado civil soltera y/o separada y vivir en un barrio marginal (etnia gitana, nivel socioeconómico bajo, etc.) son determinantes que repercuten sobre la no asistencia a las clases de educación maternal según Aguado et al [2001]; sin embargo del Pino et al [2007] no encontraron una asociación estadísticamente significativa con tener pareja o con trabajar. En la misma investigación de del Pino et al [2007], los investigadores consideran que a medida que las mujeres van cumpliendo años mayor es la probabilidad de que acudan a las clases de educación maternal, pero Goberna [1997] concluye todo lo contrario y considera que las mujeres jóvenes acuden más que las de más edad. Si se presta atención al nivel de estudios de las mujeres que asistieron a las clases de educación maternal se encuentran diversos estudios con resultados congruentes y en la misma línea. Así del Pino et al [2007] afirman que las mujeres de mayor nivel de estudios acuden más al

programa de preparación para la maternidad, en este mismo sentido se puede considerar los resultados de Fabián et al [2004], Fabián et al [2006] y Moreno et al [1997]. López et al [2008] identificaron a las mujeres musulmanas como las que menos acuden a dicho programa. Un resultado inesperado es el encontrado por Moreno et al [1997], que hallaron que las mujeres con un embarazo no deseado acudían más a las sesiones de educación maternal.

También hay que destacar que las mujeres que no planean asistir a las clases tienen menor probabilidad de hacerlo [Gagnon y Sandall 2008]. Una captación precoz es fundamental para el fomento de la motivación materna desde el principio de la gestación. Así por ejemplo, Baño et al [2010] concluyen: la mayoría de las mujeres que se interesaron por una sesión educativa que se organizó para las gestantes de veinte semanas o menos de gestación participaron en mayor medida después en la educación maternal del tercer trimestre. Entre los motivos que las mujeres argumentaron para asistir a las clases de educación maternal destacan la posibilidad de reducir la ansiedad durante el trabajo de parto y en el momento del nacimiento, el deseo de tener información sobre los cambios físicos y psicológicos durante el embarazo y el desarrollo fetal, conocer que ocurrirá durante el trabajo de parto y el nacimiento, sus opciones durante el trabajo de parto y el nacimiento y cómo cuidarse durante este tiempo, las posibles complicaciones y la forma para atender al recién nacido después del nacimiento [Gagnon y Sandall 2008].

Según Linares y Moral [1992] la motivación por la que acuden al programa de educación maternal no tiene la misma prioridad para las multíparas que para las primíparas; por ejemplo, las multíparas esgrimen la búsqueda de ayuda física y psicológica en el momento del parto como primer motivo para acudir mientras que las primíparas otorgan ese lugar a búsqueda de mayor información sobre la maternidad. El consejo de terceras personas o el beneficio que puede otorgarle a su futuro hijo son otras de las causas que indican estas mujeres por las que acuden a las clases de educación maternal; también hay un porcentaje de embarazadas que indica que no tiene ninguna motivación especial para asistir a las clases de educación maternal.

En cuanto a los motivos de no asistencia a las clases de educación maternal, varios autores observan entre otros factores, que la mujer no lo creía necesario o no tenía tiempo para hacerlo, el horario inadecuado, la lejanía al domicilio del lugar de realización, motivos familiares o la no oferta del curso por el personal sanitario que le atendía [Alves y Lima 2004, Bernués et al 1991, Goberna 1997]. Fernández et al [2001] concluyen que la oferta de actividades de salud de la matrona a la mujer no presenta dificultad de acceso geográfico, aunque Duque et al [2009] inciden en el difícil acceso a los profesionales por parte de los usuarios; en el mismo estudio de Fernández et al [2001] se afirma que la capacidad técnica de la matrona, cordialidad, trato, competencia y seguridad constituyen un refuerzo muy valorado por la mujer y que influye de forma muy positiva en la credibilidad de la usuaria.

Los factores asociados con la falta de asistencia en una cohorte de más de mil mujeres primíparas en Suecia fueron: lengua materna distinta, un bajo nivel de estudios, el tabaquismo durante el embarazo, el momento no apropiado del embarazo, los sentimientos de soledad y aislamiento y el ingreso en el hospital por algún problema de salud durante el embarazo [Fabián et al 2006].

En nuestro medio, si se tiene en cuenta para el control del embarazo el proceso asistencial integrado de embarazo, parto y puerperio, dentro del control prenatal se podría encuadrar al programa de educación maternal como uno de los componentes de dicho control del embarazo [Junta de Andalucía Consejería de Salud. 2005]. Tener en cuenta los determinantes que afectan a la correcta dispensación de dicha atención prenatal nos podría ayudar a identificar los factores que hacen que estas mujeres no acudan tampoco al programa de educación maternal. Así, se puede destacar diversas razones como pudieran ser el uso de sustancias nocivas, ocultamiento del embarazo, negación del embarazo y obstáculos financieros [Friedman et al 2009, Friedman et al 2009a]. También se debe de estar en señal de alerta ante la posibilidad de que la mujer que no suele acudir a los programas de control prenatal puede ser víctima de violencia de género, entre otros motivos, el maltratador puede impedirle ir a las consultas ante el temor de este de ser descubierto [Bogat et al 2002, Campbell et al 1999]. Además el patrón de utilización por parte de la

madre de la asistencia para el control del embarazo también puede ser utilizado como un previsor de la futura utilización de los servicios que se prestan en la atención infantil, con lo cual también puede servir como elemento a tener en cuenta para poder aumentar el nivel de alerta ante una posible desatención del futuro niño [Butz et al 1993].

En un estudio que se realizó en México por Bronfman-Pertzovsky et al [2003] se identificó que la garantía de comodidad, confidencialidad y privacidad son consideradas como muy importantes por parte de las usuarias de la atención prenatal con lo que dichos aspectos deben ser tenidos en cuenta si queremos conseguir una satisfacción de la usuaria ya que esta resulta estratégica a la hora de identificar los obstáculos y oportunidades que existen para mejorar la planificación, diseño, organización y prestación de este servicio.

Para mejorar la salud materna hay que identificar y solucionar a escala comunitaria las deficiencias de capacidad y calidad de los sistemas de salud y los obstáculos al acceso a los servicios de salud [Organización Mundial de la Salud 2009]. Esta premisa puede ser aplicada al programa de educación maternal para así poder prestar unos cuidados integrales durante la atención prenatal y optimizar esta herramienta de la que se dispone: la educación maternal.

JUSTIFICACIÓN

Justificación

El modelo de atención perinatal está cambiando actualmente desde una perspectiva medicalizada hacia una tendencia de humanización hasta el punto de convertirse en uno de los objetivos prioritarios de la Organización Mundial de la Salud, del Ministerio de Sanidad y de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. La educación maternal es una actividad de prevención y promoción de la salud y resulta fundamental para conseguir, entre otros aspectos, esta humanización de la asistencia perinatal. Derivada de la observación del trabajo asistencial diario, se percibe que las mujeres no le dan la importancia necesaria a esta actividad de salud y, en muchos casos, dejan de asistir a dicha actividad; tal es así que por ejemplo: en el Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén) sólo el 34% de las parturientas han realizado esta actividad y alrededor del 36% en el Complejo Hospitalario de Jaén y el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada [Complejo Hospitalario de Jaén 2010, Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda 2010, Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada 2010]. No se disponen de datos del porcentaje de mujeres que realizan educación maternal en el Hospital de Poniente en El Ejido. Conocer los motivos por los que estas mujeres no realizan el programa de educación maternal y los beneficios que aporta dicha actividad ayudaría a fomentar dicha actividad con una reorientación del programa adecuándolo a las demandas y necesidades de la población a la que va dirigido dicho programa. Además, la satisfacción de la usuaria resulta estratégica para identificar los obstáculos y oportunidades que existen para mejorar la planificación, diseño, organización y prestación de estos servicios usados por miles de mujeres en nuestro país cada año. Otro hecho a destacar, como se puede comprobar en la bibliografía aportada, es que los estudios sobre el papel de la educación maternal en el embarazo y sus repercusiones sobre el proceso de embarazo, parto y puerperio, y en el recién nacido, son escasos, no muy recientes, presentan resultados incongruentes y recomiendan más investigaciones.

En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2008 hubo 511247 partos y da una orientación de la población de referencia susceptible de ser partícipe del programa de educación maternal [Instituto Nacional de Estadística 2008].

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis

Las mujeres que asisten a las sesiones de educación maternal presentan un mayor grado de satisfacción con el proceso de embarazo y parto, menor nivel de dolor durante el proceso de parto, menor nivel de ansiedad preparto; y mejores resultados obstétricos y neonatales que las mujeres que no realizan dichas sesiones. Estas mujeres también presentan mayor tasa de inicio y mantenimiento de lactancia materna exclusiva y participan más activamente en el parto. En definitiva, las mujeres que realizan educación maternal tienen una atención perinatal en concordancia con lo que marca el Plan de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía [Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2008] y la Estrategia de Atención del Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo [Ministerio de Sanidad y Consumo 2008]. Además estas mujeres utilizan de forma más racional y eficiente el servicio de las urgencias obstétricas del sistema sanitario

Objetivos

General

Conocer la influencia que la asistencia a las sesiones de educación maternal puede tener para la obtención de mejores resultados en determinados aspectos relacionados con el proceso de Embarazo, Parto y Puerperio en la línea del Plan de Humanización de la Atención Perinatal (PHAP).

Específicos

1. Identificar los motivos por los que las mujeres no realizan educación maternal, así como los factores asociados a la participación de la mujer primípara en el programa de educación maternal.
2. Documentar la influencia de la educación maternal sobre: la utilización de una gestante del servicio de urgencias obstétricas por causa no necesaria, el número de días que permanece la mujer ingresada tras el parto, el nivel de ansiedad preparto, el nivel de dolor durante el parto y el grado de satisfacción con el proceso de embarazo y parto.
3. Determinar la repercusión que tiene la asistencia a las sesiones de educación maternal en el proceso del parto y puerperio como en el tiempo de duración de los distintos periodos del parto, la presencia de patología y complicaciones, tipo de parto, edad gestacional a la que se produce el parto, lesiones perineales, realización del contacto piel con piel, participación activa de la madre en el parto, requerimiento de analgesia epidural en el parto y de medicación durante el proceso de dilatación.
4. Evaluar la influencia de la asistencia a las sesiones de educación maternal sobre distintos parámetros de salud del recién nacido: Apgar al minuto y a los cinco minutos de vida, necesidad de ingreso, días que permanece el recién nacido en el centro hospitalario y riesgo de pequeño para su edad gestacional o bajo peso al nacimiento (< 2500 gramos) [Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia 2004] y presencia de patología en los dos primeros meses de vida y la instauración temprana y mantenimiento a los dos meses de la lactancia materna exclusiva.
5. Distinguir la utilidad que conceden las mujeres a la educación maternal así como los aspectos más importantes que las mujeres consideran que se deben de tratar en las clases de educación maternal.
6. Establecer la influencia de la categoría profesional de la persona encargada de realizar la educación maternal sobre su efectividad.

MÉTODO

Método

Diseño

Estudio transversal prospectivo y multicéntrico.

Periodo de estudio

El trabajo de campo, en lo que al periodo de recogida de datos en los propios hospitales se refiere se llevo a cabo desde el mes de Enero del año 2011 hasta el mes de Enero del año 2012.

Ámbito de estudio

Área sanitaria del Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (referencia de la zona nordeste de la provincia de Jaén), área del Complejo Hospitalario de Jaén (referencia de la zona suroeste de esta provincia), área del Hospital de Poniente en El Ejido (Almería) (referencia del oeste almeriense) y área sanitaria del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (referencia de la zona norte) de Granada.

Selección de la población

Población de referencia:

Mujeres cuyo parto sea atendido en los hospitales mencionados. El número de casos que se ha recogido en cada hospital es proporcional al número de partos. En el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada 201, en el Complejo Hospitalario de Jaén y el Hospital de Poniente de El Ejido 132 y 127 respectivamente y 60 casos en el Hospital de Úbeda.

Criterios de inclusión

A todas las mujeres que cumplieron los siguientes criterios se les pidió consentimiento para participar:

- Mujer primípara.
- Gestación única.
- ≥ 18 años.

Criterios de exclusión

- Dificultad de comprensión del castellano por parte de la mujer (barrera idiomática).

Tamaño de la muestra

La proporción de mujeres que asisten a la educación maternal es de un tercio, aproximadamente, según se ha referido en la Introducción. El efecto principal fue la reducción en la tasa de cesárea. Basándose en el porcentaje medio de los últimos años de mujeres que han dado a luz por cesárea en los hospitales de estudio, que se sitúa alrededor del 20% (similar a la media de España 22,2% [Ministerio de Sanidad y Consumo 2005]) y en un estudio realizado en Albacete [Escribano et al 1996], en el cual la frecuencia de cesárea en las que acudían a la educación maternal estaba alrededor del 10%, (tasa recomendada por la Organización Mundial de la Salud [1986]) con una potencia del 80% y error alfa del 5%, se requerían 507 mujeres. Por posibles pérdidas se aumentó.

Técnica de muestreo

Las mujeres de estudio se recogieron de manera consecutiva.

Recogida de datos

Variables

Se recogió información sobre:

- Variables socio-demográficas de la gestante:
 - Edad.
 - Estado civil: Situación civil en la que se encuentra la mujer en el momento del parto. Nos hemos basado en las categorías establecidas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) modificado.
 - Nacionalidad
 - Nivel de estudios: Grado de estudios máximos que se han cursado.
 - Sector en el que trabaja: Actividad laboral desempeñada por la mujer durante el embarazo.
 - Tipo de contrato que tiene la mujer: Vinculación laboral de la mujer con la empresa.
 - Nivel de ingresos mensuales de la unidad familiar.
 - Raza a la que pertenece la mujer.
- Variables relacionadas con los antecedentes obstétricos
 - Número de veces que la mujer ha estado embarazada independientemente del resultado de este.
 - Número de abortos que ha tenido la mujer (antes de la 22 Semana de gestación o con un peso menor o igual a 500 gramos).
 - Tipo de aborto que ha tenido la mujer.
 - Ha tenido la mujer algún feto muerto a lo largo de la vida.
 - Embarazo buscado por parte de la pareja.

- Requerimiento de asistencia médica por parte de algún miembro de la pareja para la consecución de este embarazo.
 - Nivel de atención sanitaria donde ha sido controlado mayoritariamente este embarazo.
 - Número de visitas que ha realizado la mujer a los servicios sanitarios para el control de este embarazo.
 - Semana gestacional a la que se realizó la primera visita a los servicios sanitarios para el control de este embarazo.
 - Grado de satisfacción que tiene la mujer con la atención recibida para el control de su embarazo.
- Variables relacionadas con el estado de salud previo al embarazo
 - Existencia de alguna patología en la mujer antes del embarazo.
- Variables relacionadas con el estilo de vida.
 - Realización de trabajo durante el embarazo.
 - Semana gestacional en la que se produjo la baja laboral antes del parto.
 - Número de horas de promedio que la mujer permanecía de pie en la segunda mitad del embarazo a partir de la semana 20 de gestación.
 - Número de cigarrillos que fumaba la mujer antes de quedarse embarazada.
 - Número de cigarrillos que fumaba la mujer durante el primer trimestre del embarazo. (Antes de la semana 12 de gestación).
 - Número de cigarrillos que fumaba la mujer durante el segundo trimestre del embarazo (entre la semana 12 y 30 de gestación).
 - Número de cigarrillos que fumaba la mujer durante el tercer trimestre del embarazo. (A partir de la semana 30 de gestación hasta el parto).
 - Consumo de alcohol de la mujer durante el embarazo.

- Variables relacionados con el embarazo actual y su control
 - Existencia de problemas de salud durante este embarazo.
 - Tipo de problemas que han existido durante este embarazo.

- Variables para describir el grado de satisfacción, ansiedad previa al parto, dolor de la mujer durante el parto.
 - Utilización de la parturienta de analgesia epidural para el parto.
 - Utilización de medidas analgésicas no farmacológicas.
 - Nivel de dolor de la parturienta durante el proceso de parto.
 - Nivel de ansiedad de la gestante en las semanas previas al parto.
 - Grado de satisfacción que tiene la mujer con la atención recibida durante su proceso de parto.

- Variables para describir el resultado obstétrico y del recién nacido
 - Modo de inicio del parto: modo en que comienza el parto.
 - Tipo de parto.
 - Requerimiento de medicación por parte de la mujer durante el periodo de dilatación.
 - Color del líquido amniótico.
 - Semana gestacional a la que se produjo el parto.
 - Tiempo medido en minutos que ha durado el proceso de dilatación cervical (10 cm, dilatación completa).
 - Tiempo medido en minutos que ha durado el proceso de expulsivo, tiempo desde que se alcanza la dilatación completa (10 cm) hasta que se produce la expulsión del feto.
 - Tiempo medido en minutos que ha durado el proceso de alumbramiento, periodo desde que se produce la salida del feto hasta la salida completa de la placenta y las membranas.

-
- Tipo de alumbramiento.
 - Establecimiento del contacto piel con piel en el momento inmediato posterior al parto bien con la madre o con el padre.
 - Participación activa por parte de la madre en el proceso de parto, tomando decisiones, colaborando con el personal sanitario, aportando su punto de vista, etc...
 - Tipo de lesión perineal que se produce en el momento del parto.
 - Primer peso que se le realiza al recién nacido.
 - Puntuación en el test de Apgar (test empleado para la valoración de la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina valorando frecuencia cardiaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y coloración del recién nacido) del recién nacido al minuto de vida.
 - Puntuación en el test de Apgar del recién nacido a los cinco minutos de vida.
 - Perímetro cefálico del recién nacido expresado en centímetros.
 - Talla del recién nacido expresada en centímetros.
 - Consideración del recién nacido como pequeño para su edad gestacional (PEG).
 - Ingreso del recién nacido en unidad de hospitalización neonatal.
 - Presencia de problemas de salud del recién nacido en los dos primeros meses de vida.
- Variables para describir uso de los servicios de salud
 - Número de visitas a urgencias por motivos que no precisaban dichas visitas (expulsión del tapon mucoso, falsos pródromos de parto, fase tan inicial del parto que no requiere ingreso o se ingresa y es dada de alta sin que se produzca el parto al día siguiente).

- Número de días que permanece la mujer ingresada después de que se produzca el parto.
- Número de días que permanece el recién nacido ingresado.

- Variables relacionadas con el puerperio y la lactancia.
 - Requerimiento de la puérpera de medicación durante el puerperio inmediato (desde que se produce el alumbramiento hasta dos horas después).
 - Presencia de complicaciones en el postparto.
 - Inicio precoz de la lactancia materna, instauración de la lactancia materna antes de las dos horas de vida del recién nacido.
 - Tipo de lactancia que tiene el recién nacido a los dos meses de vida.
 - Lactancia materna exclusiva. Recién nacidos que han recibido exclusivamente leche materna y ningún otro tipo de alimento sólido o líquido con exclusión de gotas o jarabes de vitaminas, suplementes minerales o medicamentos.
 - Lactancia mixta. Recién nacidos que reciben además de la leche materna otro tipo de leche de fórmula independientemente de la cantidad de esta.
 - Lactancia artificial. Recién nacidos alimentados exclusivamente con leche de fórmula.
 - Motivo de abandono de la lactancia materna exclusiva que argumenta la mujer.

- Variables relacionadas con la educación maternal
 - Intención de realizar educación maternal antes de que se produjera el embarazo.

- Semana de gestación a la que se inicia la educación maternal.
- Personal encargado de la impartición de la educación maternal.
- Número de sesiones de educación maternal a las que acude la embarazada.
- Tiempo de duración expresado en minutos que dura cada sesión de educación maternal.
- Utilidad y beneficio que la mujer concede a la educación maternal.
- Grado de satisfacción que tiene la mujer con el programa de educación maternal.
- Razones que la mujer argumenta para no realizar la educación maternal.
- Temas que la mujer consideraba que debían de tratarse en las sesiones de educación maternal.

Fuentes de información

Los datos se recogieron en el momento del postparto bien en la planta de hospitalización o a las dos horas del parto, es decir, después del postparto inmediato. Los datos del socio-demográficos, los datos de antecedentes de salud, estilo de vida y hábitos durante el embarazo, antecedentes obstétricos, problemas de salud durante el embarazo, deseo de embarazo, ámbito de control del embarazo, número de visitas a urgencias, grado de satisfacción y utilidad, razones por las que no realiza educación maternal, números de sesiones de educación maternal y duración de éstas, así como semana gestacional a la que inicia dicha educación, profesional con el que se ha realizado la educación maternal, los contenidos que la mujer cree que deberían tratarse en la educación maternal y el nivel de dolor, se recogieron a través de una entrevista que han realizado observadores entrenados. El nivel de ansiedad se recogió por parte del observador en el cuestionario con el nivel obtenido tras ser evaluada la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD), previamente autocumplimentada por la parturienta.

Los datos referentes al resultado obstétrico (semanas de gestación a la que se produce el parto, Apgar del recién nacido al minuto y a los cinco minutos, tipo de parto, inicio de parto, tipo de alumbramiento, tipo de lesión perineal, vaginal o cervical, complicaciones postparto, medicación requerida en la dilatación y el postparto inmediato, medidas del recién nacido, PEG, realización del contacto piel con piel, si ha precisado ingreso y su motivo, días de ingreso, duración de los diferentes periodos, color del líquido amniótico, participación de la madre en el parto, utilización de analgesia epidural y/o medidas analgésicas no farmacológicas, inicio de la lactancia) se recogieron del partograma y de la historia clínica; el número de visitas, la semana de gestación a la que acudió por primera vez se recogieron del documento de salud de la embarazada.

El mantenimiento de la lactancia materna exclusiva, así como el motivo de abando de ésta si se ha producido y la existencia de patología del recién nacido en los dos primeros meses de vida se recogió a través de una llamada telefónica realizada por uno de los investigadores a los dos meses del parto.

Instrumentos

Se utilizó un modelo de cuestionario de elaboración propia, el cual fue pilotado en los diferentes hospitales, y que se recoge en el *Anexo 2*. En este cuestionario se incluyen dos ítems cuyos resultados proceden de otros dos instrumentos: para evaluar la percepción dolorosa que tiene la mujer durante el trabajo de parto se utilizó la Escala Verbal Numérica (EVN) [Chamorro 2006] para evaluar el nivel de ansiedad materna previa al parto se ha utilizado la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) desarrollada por Zigmond y Snaith (1983), en la versión castellana de los mismos autores; de los 14 ítems que componen la escala, 7 evalúan la ansiedad y el resto evalúan la depresión, apareciendo de forma intercalada, se escogieron y aplicaron únicamente los que evalúan el nivel de ansiedad [Jiménez y Vázquez 2003].

Para identificar a un recién nacido como pequeño para su edad gestacional, es decir, al recién nacido que presenta un peso o longitud o

perímetro cefálico inferior al percentil 10 o a -2 desviaciones estándar se han utilizado de referencia las curvas de crecimiento adecuadas a nuestro entorno; que sean del mismo origen étnico y geosocial que los pacientes a estudio, se requiere disponer de referencias estandarizadas de peso, longitud y perímetro cefálico para las distintas semanas de gestación, y para ello se utilizó las curvas de crecimiento de Delgado et al. [1996, 1996a]. Anexo 3.

Análisis de datos

Los datos se introdujeron en una base de datos y se verificaron. Se empleó estadística descriptiva.

Además se procedió del modo siguiente. La exposición principal, educación maternal, se analizó de tres maneras (acude/ no acude, intensidad basada en el nº de sesiones y de horas). Cuando el efecto fue dicotómico (ej., parto por cesárea) se estimaron odds ratios con sus IC al 95%; en el análisis multivariable se aplicó la regresión logística, reteniendo como confundidores a las variables que alteraron el coeficiente de la exposición principal en más del 10%; como posibles confundidores a priori se consideró las características sociodemográficas de la mujer y la presencia de patología durante el embarazo. Cuando la variable resultado fue continua (ej., ansiedad ante el parto), se utilizó la comparación de medias, y en el análisis multivariable se utilizó el análisis de la covarianza, ajustando por las mismas variables mencionadas. En el caso de que una variable no sea normal se han utilizado pruebas no paramétricas, como la U de Mann-Whitney. Dado que la estancia hospitalaria no sigue una distribución normal se utilizó una transformación logarítmica.

Para el objetivo 6 el procedimiento fue similar a lo descrito en el párrafo anterior, salvo que se introdujo como variable siempre el tipo de profesional que realizó la educación maternal.

El programa informático que se utilizó para realizar el análisis estadístico fue el Stata 10/SE.

Aspectos éticos de la investigación

Todas las mujeres incluidas en el estudio recibieron la hoja de información al paciente y el consentimiento informado (Anexo 4). Los datos se almacenan en una base de datos que cumple los criterios de privacidad establecidos por la ley de orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. El consentimiento informado cumple con las condiciones expuestas en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. En él se le explicara el objetivo del estudio, la intervención a realizar y los resultados esperados de la misma.

Para la realización de este estudio se ha obtenido la aprobación de la Comisión de Ética e Investigación de los centros hospitalarios participantes en el estudio. Se adjuntan los certificados en el Anexo 5.

RESULTADOS

Resultados

Participaron en el estudio 520 mujeres primíparas. La descripción de la muestra de población se puede ver en la tabla 1. Se puede apreciar como la mayoría de estas mujeres eran de raza caucásica y de nacionalidad española con una media de edad de 29.9 ± 5.3 años. Estaban casadas el 64.7% de los casos. El 31.73% de estas mujeres poseían estudios universitarios, y el 25.24% trabajaba en los servicios públicos. El 39.34% tenían un contrato indefinido por cuenta ajena y para el 46.94% la media de ingresos en el hogar se situaba entre los 1000-1999 euros/mes. En el 87.50% de las mujeres no había antecedentes personales de patología. El 90% de estas mujeres habían buscado este embarazo.

El porcentaje de mujeres que acudió al programa de educación maternal fue del 68.65%. El 55.58% de las mujeres acudieron a más de 3 sesiones de educación maternal. Si se tiene en cuenta las horas de educación maternal a las que la mujer acudió, el 30.37% asistió a más de 10 horas de este programa. Las mujeres acudieron una media de 14.26 ± 12.05 horas y 5.9 ± 3.1 sesiones.

Hubo un pequeño grupo, que representaba el 5% de mujeres que participaron en el estudio, que empezaron a asistir al programa de educación maternal pero que dejaron de asistir; en un 33.33% de los casos por la incompatibilidad con el horario en el que realizaban las clases y en un 37.04% por otros motivos. De las mujeres que nunca acudieron a educación maternal el 37.42% expusieron que dicha actividad no se ofrecía dentro de la cartera de servicios de su centro sanitario. En la tabla 2 se puede observar el resto de motivos que las mujeres argumentaron para no acudir o dejar de acudir a las clases de educación maternal.

Factores asociados a la realización de educación maternal

En la tabla 3 se puede comprobar la asociación de algunas de las variables de estudio y la realización de la educación maternal por parte de la mujer. En esta tabla se puede ver como las no casadas con pareja estable

(frente a las casadas) participaron algo menos en la educación maternal (OR = 0.65, IC 95% = 0.39-1.08) y las restantes claramente menos (OR = 0.51, IC 95% = 0.31-0.86). El mayor nivel de estudios influyó positiva y significativamente en la asistencia a la educación maternal. El mayor nivel de ingresos de la mujer también mostró una relación directa con la educación maternal: unos ingresos superiores a los 3000 Euros al mes multiplicaron por 14 la participación en el programa (OR = 14.15, IC 95% = 4.00-75.16). La intención previa de la mujer de realizar educación maternal se asoció con su asistencia al programa (OR = 1.86, IC 95% = 1.23-2.83). La nacionalidad distinta a la española se asoció de forma negativa con la realización de la educación maternal (OR = 0.21, IC 95% = 0.11-0.40). Otros de los factores en los que se encontró una asociación positiva para la realización de educación maternal fueron el tener un adecuado control prenatal (OR = 2.06, IC 95% = 1.03-4.08), trabajo de la mujer durante el embarazo (OR = 1.61, IC 95% = 1.07-2.42), el tipo de vinculación laboral de la mujer cuando era indefinido por cuenta ajena (OR = 2.62, IC 95% = 1.50-4.54), el sector en el que trabajaba bien como administrativa (OR = 3.68, IC 95% = 1.69-8.31) o en una profesión liberal (OR = 4.68, IC 95% = 1.68-14.93) y el que fuese un embarazo buscado por parte de la mujer (OR = 1.97, IC 95% = 1.05-3.65). No se encontró asociación entre el nivel de asistencia sanitaria en el que se lleva a cabo el control del embarazo y la realización de la educación maternal (OR = 1.02, IC 95% = 0.64-1.63). Tampoco se encontró asociación entre la presencia de patología durante el embarazo (OR = 1.14, IC 95% = 0.74-1.78), tener antecedentes de aborto (OR = 0.99, IC 95% = 0.60-1.63), la raza de la mujer (OR = 0.38, IC 95% = 0.09-1.53) y el tener antecedentes de patología antes del embarazo (OR = 1.83, IC 95% = 0.96-3.69).

La media de edad de las mujeres que acudieron al programa de educación maternal fue de 30.71 ± 0.25 con un intervalo de confianza del 95% (30.21-31.23) y en el grupo de las mujeres que no acudieron de 28.18 ± 0.44 (IC 95% = 27.29-29.06), $p = 0.001$.

En el análisis multivariable expuesto en la tabla 4 se puede observar como la nacionalidad española ($p < 0.001$), el nivel de estudios de la madre cuando estos eran universitarios ($p = 0.003$) o de bachillerato/formación profesional ($p = 0.023$) y un nivel de ingresos en

la unidad familiar mayor a los 1000 Euros mensuales se detectaron como factores predictores independientes para la asistencia de la mujer al programa de educación maternal.

Influencia de la educación maternal sobre la utilización por parte de la mujer de los servicios sanitarios y el grado de satisfacción de esta con la atención recibida

Se puede observar en la tabla 5.1 como las mujeres que realizaron educación maternal acudieron menos al servicio de urgencias de obstetricia por motivos no necesarios ($p = 0.011$) que las mujeres las mujeres que no asistieron al programa de educación maternal. De la tabla 5.2 se desprende que la media de visitas que realizó la mujer que acude a educación maternal por motivos no necesarios fue de 0.50 (IC 95% = 0.40-0.59) frente a las 0.65 (IC 95% = 0.50-0.80), ($p = 0.084$). En esta misma tabla 5.2 se puede observar que no hay diferencias significativas entre las mujeres que realizaron educación maternal y las que no realizaron con el nivel de dolor expresado durante el parto ($p = 0.297$), los días que permaneció ingresada la mujer tras el parto ($p = 0.691$), el grado de satisfacción con el control del embarazo ($p = 0.550$), ni con la atención recibida durante el parto ($p = 0.740$). Tampoco se identificó una asociación estadísticamente significativa entre la realización o no de la educación maternal y el nivel de ansiedad preparto de la mujer (OR = 0.79, IC 95% = 0.53-1.16), como se puede ver en la tabla 5.3.

Influencia de la educación maternal sobre el parto y el puerperio

La realización de la educación maternal por parte de la madre mostró una asociación positiva con diferentes parámetros obstétricos, como con el establecimiento precoz piel con piel entre la madre y el recién nacido ($p = 0.013$), así como la participación activa de la madre en el proceso de parto ($p = 0.001$). Sin embargo, no se observó una asociación estadísticamente significativa entre la realización de educación maternal ni el tipo de parto ($p = 0.829$), ni en la utilización de medidas analgésicas no farmacológicas durante el parto ($p = 0.962$), ni en el modo de inicio de parto ($p = 0.836$). Tampoco se apreció asociación entre la educación maternal y requerimiento de medicación durante el proceso de dilatación (OR = 1.11, IC 95% = 0.70-1.74), ni en la presencia de lesión perineal asociada al parto

(OR = 1.10, IC 95% = 0.70-1.70), ni con la aparición de complicaciones postparto (OR = 0.77, IC 95% = 0.42-1.45), ni con la finalización del parto por cesárea (OR = 0.88, IC 95% = 0.53-1.46). Cuando se ajusta por la edad materna, el nivel máximo de estudios alcanzados por la madre, la presencia de patología durante el embarazo, el estado civil de la madre y el ser un embarazo buscado por la madre no se observaron cambios en la asociación ni con el requerimiento de medicación durante el proceso de dilatación (OR = 1.07, IC 95% = 0.68-1.68), ni en la presencia de lesión perineal asociada al parto (OR = 1.02, IC 95% = 0.65-1.60), ni con la aparición de complicaciones postparto (OR = 0.59, IC 95% = 0.32-1.09). Se ajustó la finalización del parto por cesárea por la edad materna, el estado civil de la madre, el nivel máximo de estudios alcanzados por la madre, la presencia de patología durante el embarazo, el ser un embarazo buscado por la madre, la edad materna, la utilización de analgesia epidural durante el parto y el modo de inicio de parto pero tampoco se detectó asociación con la realización de la educación maternal (OR = 0.81, IC 95% = 0.49-1.34). En el tema de la utilización de la analgesia epidural por parte de la madre se identificó una asociación positiva entre la realización de la educación maternal y la utilización de esta (OR = 1.64, IC 95% = 1.01-2.66) pero al ajustar por el estado civil de la madre, el nivel máximo de estudios alcanzados por esta, la presencia de patología durante el embarazo, el ser un embarazo buscado por la mujer, la edad materna, el modo de inicio de parto y la utilización de medicación durante el proceso de dilatación se produjo un cambio en el cual ya no se detectó ninguna asociación entre estas variables (OR = 1.58, IC 95% = 0.96-2.63). Todo lo anterior se puede comprobar en la tabla 6.1 y 6.2

La duración media de la gestación de las madres que habían acudido a las clases de educación maternal fue de 39.49 ± 0.11 (IC 95% = 39.27-39.71) semanas y en las madres que no habían realizado el programa de educación maternal fue de 39.29 ± 0.12 (IC 95% = 39.04-39.55), ($p = 0.28$).

La educación maternal no tuvo influencia sobre la duración de ninguno de los diferentes periodos del parto, ni sobre el periodo de dilatación en el parto ($p = 0.695$), ni sobre el periodo del expulsivo ($p =$

0.155), ni sobre el periodo de alumbramiento ($p = 0.875$) tal y como se puede ver en la tabla 6.3.

Repercusión de la educación maternal sobre el recién nacido

En las tablas 7.1 y 7.2 se recoge la asociación entre la educación maternal y diferentes parámetros que reflejan el estado de salud del recién nacido. La realización de educación maternal por parte de la madre tiene una asociación positiva con el nacimiento recién nacidos que no son de bajo peso al nacimiento (OR = 0.31, IC 95% = 0.12-0.78). Si se comprobó la asociación entre la educación maternal y la aparición de problemas de salud del recién nacido en los dos primeros meses de vida (OR = 1.86, IC 95% = 1.01-3.60) aunque cuando se realizó un ajuste por pequeño para su edad gestacional, recién nacido de bajo peso al nacimiento, presencia de patología materna durante el embarazo, parto que se produjo por cesárea e ingreso del recién nacido en el momento del nacimiento en la unidad de cuidados intensivos o en la unidad neonatal ya no se detectó dicha asociación (OR = 1.73, IC 95% = 0.95-3.14). No se apreció una asociación significativa entre la educación maternal y el nacimiento de recién nacidos pequeños para su edad gestacional (OR = 0.84, IC 95% = 0.53-1.35), ni sobre la necesidad de ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos (OR = 0.38, IC 95% = 0.09-1.52) o en la unidad neonatal (OR = 0.78, IC 95% = 0.47-1.32).

La realización de la educación maternal por parte de la madre no se asoció con el test de Apgar ni al minuto de vida ($p = 0.913$) ni a los cinco minutos de vida ($p = 0.120$). Tampoco hubo asociación estadísticamente significativa entre la realización de educación maternal por parte de la madre y los días que permaneció ingresado el recién nacido en el hospital ($p = 0.305$).

Asociación entre la realización de educación maternal y la temática que la mujer demanda de este programa

No hubo diferencias en las demandas en cuanto al número de temas a tratar entre el grupo de mujeres que habían recibido educación maternal y las que no habían acudido a dicha educación ($p = 0.092$). En la tabla 8 se puede comprobar la asociación entre la realización de la educación

maternal y la demanda de temática que se debería de impartir en esta según las sugerencias que hicieron las mujeres.

Influencia de la categoría profesional del formador que imparte la educación maternal sobre los diferentes parámetros analizados.

El 75.57% de las mujeres realizó la educación maternal con la matrona. A lo largo de las tablas 9.1 y 9.2 se puede determinar la influencia que tiene el tipo de educador, basándose en la categoría profesional del que impartió la educación maternal sobre los distintos parámetros analizados en relación con el proceso de embarazo, parto y puerperio. Las mujeres que acudieron a educación maternal con un profesional que no era matrona/asistieron a mayor número de clases (OR = 2.95, IC 95% = 1.59-5.39) y de horas (OR = 2.34, IC 95% = 1-10-4.99) (OR = 8.68, IC 95% = 2.99-30.34) que aquellas que realizaron la educación maternal con otro profesional sanitario de categoría diferente, aunque cuando se ajustó por el nivel de estudios máximo alcanzados por la madre, la edad materna, el estado civil de la madre, ser un embarazo buscado y la presencia de patología durante el embarazo los resultados cambiaron encontrándose que las mujeres que acudieron a educación maternal con un profesional que no fue la matrona asistieron a menor número de clases (OR = 0.95, IC 95% = 0.92-0.98) y menor número de horas (OR = 0.95, IC 95% = 0.92-0.98). La presencia de lesión perineal fue menor frecuente en las mujeres que habían realizado educación maternal con un profesional sanitario distinto a la matrona (OR = 0.54, IC 95% = 0.31-0.95). La participación considerada como activa en el proceso de parto fue menor en las mujeres que realizaron la educación maternal con un profesional distinto a la matrona (OR = 0.51, IC 95% = 0.29-0.89). También las mujeres que realizaron la educación maternal con otro profesional distinto a la matrona se asoció de forma positiva con recién nacidos de bajo peso al nacimiento (peso < 2500 gramos) (OR = 7.7, IC 95% = 1.70-46.85), ingreso de los recién nacidos en la unidad de cuidados intensivos (OR = 12.82, IC 95% = 1.23-633.50) e ingreso del recién nacido en la unidad neonatal (OR = 3.64, IC 95% = 1.89-6.93).

Las mujeres que realizaron la educación maternal con un profesional de categoría profesional diferente a la matrona tuvieron un menor inicio

precoz de la lactancia materna (OR = 0.47, IC 95% = 0.26-0.85) como se puede ver en la tabla 9.1

Las mujeres que realizaron la educación maternal con profesionales diferente a la matrona demandaron en menor medida el tema de los cuidados en el puerperio como tema a tratar en los programas de educación maternal (OR = 0.53, IC 95% = 0.30-0.94). Además en este grupo de mujeres, las que habían abandonado la lactancia materna argumentaron en menor medida “no tener leche” como motivo para hacerlo (OR = 0.30, IC 95% = 0.10-0.79), tal y como se refleja en la tabla 9.1

En la tabla 9.2 se puede identificar que las mujeres que realizaron la educación maternal con la matrona conceden más utilidad y beneficio al hecho de acudir al programa de educación maternal ($p = 0.002$). También las mujeres que acuden al programa de educación maternal con la matrona están más satisfechas con este programa ($p < 0.001$).

Influencia de la educación maternal sobre distintos aspectos relacionados con la lactancia materna

Entre los motivos que llevaron a la madre al abandono de la lactancia materna antes de los dos meses de vida del recién nacido y la realización de la educación maternal no se encontraron asociaciones (tabla 10.1). En la tabla 10.2 se puede comprobar la relación que se observó entre la realización de educación maternal por parte de la madre y diferentes aspectos relacionados con la lactancia materna como su inicio precoz (OR = 1.56, IC 95% = 1.01-2.42) y el mantenimiento de esta hasta más allá de los dos meses de vida del recién nacido (OR = 1.98, IC 95% = 1.32-2.98)

Satisfacción de la mujer con la educación maternal y asociación entre la utilidad que las mujeres conceden a la educación maternal y la realización de esta

En las tabla 11.1 se puede apreciar la asociación positiva entre el mayor grado de valoración en cuanto a su utilidad que la mujer hizo de la educación maternal y la realización de educación maternal ($p = 0.001$). En la tabla 11.2 se ve como las mujeres que realizaron educación maternal otorgaron una puntuación media de 3.02 (IC 95% = 2.91-3.12) sobre un

máximo de 4 en la valoración de la utilidad y beneficio frente al 2.07 (IC 95% = 1.88-2.26) de las que no realizaron educación maternal ($p = 0.001$).

Sólo el 10.53% de las mujeres manifestó estar poco o nada satisfecha con el programa de educación maternal, mientras que el 63.71% se mostró bastante o muy satisfechas. Tal y como se puede comprobar en la tabla 11.3 a medida que la mujer asiste a más horas del programa de educación maternal su satisfacción es mayor, de igual modo ocurre con el número de sesiones, es decir, cuanto a más sesiones de educación maternal acude la mujer mayor es el grado de satisfacción con este programa, así las mujeres que acudieron entre 1-3 sesiones otorgó una puntuación media de 1.90 (IC 95%= 1.68-2.12) sobre un máximo de 4 frente a una puntuación media de 3.02 (IC 95%= 2.91-3.14) que le concedieron las mujeres que habían asistido a más de 3 sesiones ($p < 0.001$).

Tabla 1. Descripción de la población de estudio ($n = 520$)

Variable	
Mujeres que acuden al programa de educación maternal, n (%)	357 (68.65)
Edad, media (DE)	29.91 (5.30)
Raza (caucásica), n (%)	509 (97.88)
Nacionalidad (española), n (%)	466 (89.62)
Estado civil	
Soltera, n (%)	88 (16.96)
Casada, n (%)	336 (64.74)
Pareja de hecho, n (%)	94 (18.11)
Divorciada, n (%)	1 (0.19)
Nivel de estudios máximos alcanzados	
Primaria sin finalizar, n (%)	17 (3.27)
Primaria finalizada, n (%)	101 (19.42)
Secundaria sin finalizar, n (%)	32 (6.15)
Secundaria finalizada, n (%)	119 (22.88)
Bachillerato/formación profesional, n (%)	86 (16.54)
Universitarios, n (%)	165 (31.73)
Tipo de vinculación laboral	
Eventual por cuenta ajena, n (%)	100 (19.38)
Indefinido por cuenta ajena, n (%)	203 (39.34)
Por cuenta propia, n (%)	59 (11.43)
Desempleada, n (%)	114 (22.09)
Otro tipo de contrato, n (%)	40 (7.75)
Nivel de ingresos mensuales de la unidad familiar	
< 1000 euros, n (%)	114 (22.49)
1000-1999 euros, n (%)	238 (46.94)
2000-2999 euros, n (%)	120 (23.67)
≥ 3000 euros, n (%)	35 (6.90)

continúa

Tabla 1. Continuación**Variable****Sector en el que trabaja**

Agricultura/ganadería, <i>n</i> (%)	52 (10.10)
Industria/construcción, <i>n</i> (%)	26 (5.05)
Servicios públicos, <i>n</i> (%)	130 (25.24)
Comercio, <i>n</i> (%)	106 (20.58)
Sus labores, <i>n</i> (%)	100 (19.42)
Estudiante, <i>n</i> (%)	8 (1.55)
Jubilada, <i>n</i> (%)	1 (0.19)
Administrativa, <i>n</i> (%)	59 (11.46)
Profesión liberal, <i>n</i> (%)	33 (6.41)
Sin antecedentes de enfermedad, <i>n</i> (%)	455 (87.50)
Embarazo buscado, <i>n</i> (%)	468 (90.00)

Tabla 2. Razones que la mujer argumenta para no acudir al programa de educación maternal.

Variable	
En el grupo de mujeres que dejaron de asistir al programa de educación maternal, <i>n</i> (%)	26 (5)
Incompatibilidad con el horario en el que se realizaron estas clases, <i>n</i> (%)	9 (33.33)
No creyeron necesario asistir a estas clases, <i>n</i> (%)	5 (18.52)
Necesidad de desplazamiento para poder acudir a estas clases, <i>n</i> (%)	3 (11.11)
Otros motivos, <i>n</i> (%)	9 (37.04)
En el grupo de mujeres que nunca acudieron al programa de educación maternal, <i>n</i> (%)	
No se ofrecía dicha actividad en el centro sanitario, <i>n</i> (%)	61 (37.42)
Incompatibilidad con el horario en el que se realizaban estas sesiones, <i>n</i> (%)	35 (21.47)
Falta de tiempo, <i>n</i> (%)	31 (19.02)
No quiso realizar el programa de educación maternal, <i>n</i> (%)	13 (7.98)
Necesidad de desplazamiento para poder acudir a estas clases, <i>n</i> (%)	17 (10.43)
No creyeron necesario asistir a estas clases, <i>n</i> (%)	10 (6.13)
Recibieron el comentario de terceras personas de la poca utilidad de estas clases, <i>n</i> (%)	5 (3.07)
Otros motivos, <i>n</i> (%)	24 (14.72)

Tabla 3. Asociación entre las variables estudiadas y la realización de educación maternal

Variable	Total, n	Educación maternal		<i>Análisis crudo</i> <i>OR (IC 95%)</i>
		no, n (%)	sí, n (%)	
Estado civil				
Casada	336	93 (27.68)	243 (72.32)	1 (referencia)
Pareja de hecho	94	35 (37.23)	59 (62.77)	0.65 (0.39-1.08)
Otros	89	38 (42.70)	51 (57.30)	0.51 (0.31-0.86)
Nacionalidad				
Española	466	131 (28.11)	335 (71.89)	1 (referencia)
Otra	54	35 (64.81)	19 (35.19)	0.21 (0.11-0.40)
Raza				
Caucásica	509	160 (31.43)	349 (68.57)	1 (referencia)
Otra	11	6 (54.55)	5 (45.45)	0.38 (0.09-1.53)
Nivel de estudios máximos alcanzados				
Universitarios	165	28 (16.97)	137 (83.03)	1 (referencia)
Primaria sin finalizar	17	11 (64.71)	6 (35.29)	0.11 (0.03-0.37)
Primaria finalizada	101	43 (42.57)	58 (57.43)	0.28 (0.15-0.50)
Secundaria sin finalizar	32	18 (56.25)	14 (43.75)	0.16 (0.06-0.39)
Secundaria finalizada	119	40 (33.61)	79 (66.39)	0.40 (0.22-0.73)
Bachillerato/formación profesional	86	26 (30.23)	60 (69.77)	0.47 (0.24-0.92)
Tipo de vinculación laboral				
Eventual por cuenta ajena	100	42 (42.00)	58 (58.00)	1 (referencia)
Indefinido por cuenta ajena	203	44 (21.67)	159 (78.33)	2.62 (1.50-4.54)
Por cuenta propia	59	14 (23.73)	45 (76.27)	0.55 (0.31-0.99)
Desempleada	114	43 (37.72)	71 (62.28)	0.45 (0.27-0.76)
Otro tipo de contrato	40	23 (57.50)	17 (42.50)	0.31 (0.14-0.65)

continúa

Tabla 3. Continuación

Variable	Total, <i>n</i>	Educación maternal		Análisis crudo OR (IC 95%)
		no, <i>n</i> (%)	sí, <i>n</i> (%)	
Sector en el que trabaja				
Sus labores	100	51 (51.00)	49 (49.00)	1 (referencia)
Agricultura/ganadería	52	23 (44.23)	29 (55.77)	1.31 (0.63-2.72)
Industria/construcción	26	6 (23.08)	20 (76.92)	0.80 (0.37-1.71)
Servicios públicos	130	28 (21.54)	102 (78.46)	0.82 (0.50-1.34)
Comercio	106	33 (31.13)	73 (68.87)	0.71 (0.43-1.21)
Estudiante	8	4 (50.00)	4 (50.00)	0.52 (0.11-2.11)
Jubilada	1	0 (0.00)	1 (100.00)	1.04 (0.01-83.28)
Administrativa	59	13 (22.03)	46 (77.97)	3.68 (1.69-8.31)
Profesión liberal	33	6 (18.18)	27 (81.82)	4.68 (1.68-14.93)
Nivel de ingresos mensuales de la unidad familiar				
< 1000 euros	114	65 (57.02)	49 (42.98)	1 (referencia)
1000-1999 euros	238	68 (28.57)	170 (71.43)	3.32 (2.03-5.43)
2000-2999 euros	120	27 (22.50)	93 (77.50)	4.57 (2.50-8.40)
≥ 3000 euros	35	3 (8.57)	32 (91.43)	14.15 (4.00-75.16)
Mujer que trabajó durante el embarazo				
No	166	65 (39.16)	101 (60.84)	1 (referencia)
Si	354	101 (28.53)	253 (71.47)	1.61 (1.07-2.42)
Embarazo buscado				
No	52	24 (46.15)	28 (53.85)	1 (referencia)
Si	468	142 (30.34)	326 (69.66)	1.97 (1.05-3.65)

continúa

Tabla 3. Continuación

Variable	Total, <i>n</i>	Educación maternal		Análisis crudo OR (IC 95%)
		no, <i>n</i> (%)	sí, <i>n</i> (%)	
Antecedentes de enfermedad				
No	455	152 (33.41)	303 (66.59)	1 (referencia)
Si	65	14 (21.54)	51 (78.46)	1.83 (0.96-3.69)
Antecedentes de aborto				
No	424	134 (31.60)	290 (68.40)	1 (referencia)
Si	96	32 (33.33)	64 (66.67)	0.99 (0.60-1.63)
Adecuado control prenatal				
No	42	20 (47.62)	22 (52.38)	1 (referencia)
Si	470	144 (30.64)	326 (69.36)	2.06 (1.03-4.08)
Nivel de asistencia del control del embarazo				
Atención primaria	403	129 (32.01)	274 (67.99)	1 (referencia)
Atención especializada	117	37 (31.62)	80 (68.38)	1.02 (0.64-1.63)
Intención previa de la mujer de realizar educación maternal				
No	136	94 (69.12)	42 (30.88)	1 (referencia)
Si	371	63 (16.98)	308 (83.02)	1.86 (1.23-2.83)
Duda	13	9 (69.23)	4 (30.77)	0.69 (0.15-2.41)
Presencia de patología durante el embarazo				
No	215	68 (31.63)	147 (68.37)	1 (referencia)
1 patología	198	57 (28.79)	141 (71.21)	1.14 (0.74-1.78)
2 patologías	81	32 (39.51)	49 (60.49)	0.71 (0.40-1.25)
>2 patologías	26	9 (34.62)	17 (65.38)	0.87 (0.35-2.35)

Tabla 4. Predictores independientes de acudir al programa de educación maternal

Variable	OR IC (95%)	<i>p</i>
Nacionalidad , (ref. española)	0.26 (0.13-0.51)	< 0.001
Nivel educativo , (ref. primaria sin finalizar)		
Primaria finalizada	1.79 (0.54-5.98)	0.344
Secundaria sin finalizar	1.46 (0.38-5.63)	0.584
Secundaria finalizada	2.93 (0.88-9.72)	0.079
Bachillerato/Formación Profesional	4.21 (1.22-14.51)	0.023
Universitario	6.24 (1.83-21.31)	0.003
Tipo de vinculación laboral , (ref. eventual por cuenta ajena)		
Indefinido por cuenta ajena	1.77 (0.99-3.16)	0.055
Por cuenta propia	2.11 (0.94-4.73)	0.069
Desempleada	1.62 (0.87-3.02)	0.125
Otro tipo de contrato	0.65 (0.28-1.52)	0.321
Nivel de ingresos mensuales en la unidad familiar , (ref. <1000 Euros/mes)		
1000-1999 euros	2.53 (1.51-4.24)	< 0.001
2000-2999 euros	2.01 (1.02-3.96)	0.044
≥ 3000 euros	7.46 (1.89-29.47)	0.004
<i>p</i> de tendencia		< 0.001

Tabla 5.1. Asociación entre la realización de educación maternal la utilización adecuada del servicio de urgencias y el nivel de ansiedad preparto.

Variable	Total, <i>n</i>	Educación maternal		<i>p</i>
		no, <i>n</i> (%)	si, <i>n</i> (%)	
Utilización de las urgencias de obstetricia por causa no necesaria				<i>0.011</i>
No	336	94 (27.98)	242 (72.02)	
Sí	183	71 (38.80)	112 (61.20)	
Nivel de ansiedad preparto				<i>0.466</i>
Bajo	283	84 (29.68)	199 (71.32)	
Medio	142	43 (30.28)	99 (69.72)	
Alto	94	33 (35.11)	61 (64.89)	

Tabla 5.2. Asociación entre la realización de educación maternal y el nivel de dolor expresado por la mujer durante el parto, el número de visitas a urgencias de obstetricia por motivos no necesarios, el número de días que la mujer permanece ingresada postparto, el grado de satisfacción con el control del embarazo y con la atención en el parto.

Variable	Análisis crudo			Análisis multivariable		
	Educación maternal			Educación maternal		
	Si, media (IC 95%)	No, media (IC95%)	<i>p</i>	Si, media (IC 95%)	No, media (IC95%)	<i>p</i>
Visitas a urgencias de obstetricia por motivos no necesarios	0.50 (0.40-0.59)	0.65 (0.50-0.80)	0.084	0.53 (0.43-0.63)	0.59 (0.44-0.74)	0.502*
Nivel de dolor expresado durante el proceso de parto sobre un máximo de 10	7.08 (6.84-7.32)	7.31 (6.92-7.71)	0.297	7.13 (6.88-7.38)	7.23 (6.85-7.60)	0.690**
Días de ingreso de la mujer postparto	2.37 (2.25-2.49)	2.33 (2.15-2.50)	0.691	2.39 (2.31-2.47)	2.30 (2.18-2.42)	0.231***
Satisfacción de la mujer con el control del embarazo 0-4	2.97 (2.87-3.06)	3.02 (2.86-3.18)	0.559	2.96 (2.86-3.06)	3.02 (2.87-3.17)	0.488*
Satisfacción de la mujer con la atención recibida en el parto 0-4	3.14 (3.04-3.24)	3.11 (2.97-3.25)	0.741	3.14 (3.04-3.24)	3.11 (2.96-3.27)	0.777*

*ajustada por estado civil, nivel de estudios máximos alcanzados, presencia de patología en el embarazo, embarazo buscado y la edad materna.

**ajustada por estado civil, nivel de estudios máximos alcanzados, presencia de patología en el embarazo, embarazo buscado, edad materna, utilización de medicación en el periodo de dilatación, utilización de analgesia epidural y de medidas analgésicas no farmacológicas durante el parto

***ajustada por parto por cesárea, ingreso del recién nacido en la unidad neonatal, presencia de patología en el embarazo y de complicaciones en el postparto.

Tabla 5.3. Asociación entre la educación materna el nivel de ansiedad preparto y la utilización del servicio de urgencias de obstetricia por motivos no necesarios.

Variable	Total, <i>n</i>	Educación materna		Análisis crudo	Análisis multivariable*
		no, <i>n</i> (%)	sí, <i>n</i> (%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Nivel de ansiedad					
Bajo	283	84 (29.68)	199 (70.32)	1 (referencia)	1 (referencia)
Medio/Alto	236	82 (34.75)	154 (65.25)	0.79 (0.53-1.16)	0.85 (0.57-1.26)
Utilización por motivos no necesarios del servicio de urgencias					
No	336	94 (27.98)	242 (72.02)	1 (referencia)	1 (referencia)
Si	183	71 (38.80)	112 (61.20)	0.61 (0.41-0.91)	0.69 (0.46-1.04)

*ajustada por estado civil, nivel de estudios máximos alcanzados, presencia de patología del embarazo, embarazo buscado y la edad de la madre

Tabla 6.1. Repercusión de la educación maternal sobre el proceso de parto y puerperio

Variable	Total, <i>n</i>	Educación maternal		<i>p</i>
		no, <i>n</i> (%)	sí, <i>n</i> (%)	
Inicio de parto				0.836
Espontáneo	282	86 (30.50)	196 (69.50)	
Estimulado	35	13 (37.14)	22 (62.86)	
Inducido	193	64 (33.16)	129 (66.84)	
Cesárea programada	10	3 (30.00)	7 (70.00)	
Tipo de parto				0.829
Eutócico	270	86 (31.85)	184 (68.15)	
Instrumental	155	47 (30.32)	108 (69.68)	
Cesárea	94	32 (34.04)	62 (65.96)	
Presencia de lesión perineal				0.654
No	133	44 (33.08)	89 (66.92)	
Si	384	119 (30.99)	265 (69.01)	
Requerimiento de medicación durante el periodo de dilatación				0.618
No	165	42 (33.60)	83 (66.40)	
Si	354	123 (31.22)	271 (68.78)	
Uso de la analgesia epidural durante el parto				0.057
No, por deseo de la mujer	52	25 (48.08)	27 (51.92)	
No, por contraindicación médica	13	5 (38.46)	8 (61.54)	
No, por otras razones	30	9 (30.00)	21 (70.00)	
Sí	424	126 (29.72)	298 (70.28)	
Utilización de medias analgésicas no farmacológicas durante el parto				0.962
No	411	131 (31.87)	280 (68.13)	
Si	109	35 (32.11)	74 (67.89)	

continúa

Tabla 6.1. Continuación

Variable	Total, <i>n</i>	Educación maternal		<i>p</i>
		no, <i>n</i> (%)	sí, <i>n</i> (%)	
Aparición de complicaciones en el postparto				<i>0.385</i>
No	462	144 (31.17)	318 (68.83)	
Si	57	21 (36.84)	36 (63.16)	
Establecimiento precoz del contacto piel con piel entre la madre y el bebe				<i>0.013</i>
No	130	53 (40.77)	77 (59.23)	
Si	389	113 (29.05)	276 (70.95)	
Participación activa de la madre en el proceso de parto				<i>0.001</i>
No, porque no quiso la madre	25	18 (72.00)	7 (28.00)	
No, porque no ha sido posible	124	38 (30.65)	86 (69.35)	
Si	370	109 (29.46)	261 (70.54)	

Tabla 6.2. Asociación entre la realización de educación maternal y diferentes parámetros obstétricos relacionados con el plan de humanización de la atención perinatal

Variable	Total, <i>n</i>	Educación maternal		Análisis crudo	Análisis multivariable
		no, <i>n</i> (%)	sí, <i>n</i> (%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Inicio del parto					
Espontáneo	282	86 (30.49)	196 (69.51)	1 (referencia)	1 (referencia)*
No espontáneo	238	80 (33.62)	158 (66.38)	0.86 (0.58-1.27)	0.81 (0.61-1.06)
Tipo de parto					
Eutócico	270	86 (31.85)	184 (68.15)	1 (referencia)	1 (referencia)**
Distócico	249	79 (31.73)	170 (68.27)	1.01 (0.68-1.48)	0.79 (0.53-1.18)
Finalización del parto en cesárea					
No	425	133 (31.29)	292 (68.71)	1 (referencia)	1 (referencia)**
Sí	94	32 (34.04)	62 (65.96)	0.88 (0.53-1.46)	0.81 (0.49-1.34)
Presencia de lesión perineal asociada al parto					
No	133	44 (33.08)	89 (66.92)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Sí	384	119 (30.99)	265 (69.01)	1.10 (0.70-1.70)	1.02 (0.65-1.60)
Aparición de complicaciones postparto					
No	462	144 (31.17)	318 (68.83)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Sí	57	21 (36.84)	36 (63.16)	0.77 (0.42-1.45)	0.59 (0.32-1.09)
Establecimiento precoz del contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido					
No	130	53 (40.77)	77 (59.23)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Sí	389	113 (29.05)	276 (70.95)	1.68 (1.08-2.58)	1.95 (1.25-3.02)

continúa

Tabla 6.2. Continuación

Variable	Total, <i>n</i>	Educación maternal		Análisis crudo	Análisis multivariable
		no, <i>n</i> (%)	sí, <i>n</i> (%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Se utiliza medicación durante el proceso de dilatación					
No	125	42 (33.60)	83 (66.40)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Si	3	123 (31.22)	271 (68.78)	1.11 (0.70-1.74)	1.07 (0.68-1.68)
Se utiliza analgesia epidural en el parto					
No	95	39 (41.05)	56 (58.95)	1 (referencia)	1 (referencia)***
Si	424	126 (29.72)	298 (70.28)	1.64 (1.01-2.66)	1.58 (0.96-2.63)
Utilización de medidas analgésicas no farmacológicas en el parto					
No	411	131 (31.87)	280 (68.13)	1 (referencia)	1 (referencia)***
Si	109	35 (32.11)	74 (67.89)	0.98 (0.61-1.60)	1.14 (0.70-1.83)
Participación activa en el proceso de parto					
No	149	56 (37.59)	93 (62.41)	1 (referencia)	1 (referencia)**
Sí	370	109 (29.45)	261 (70.55)	1.44 (0.95-2.19)	1.64 (1.16-2.31)

*ajustada por estado civil, nivel de estudios máximos alcanzados, presencia de patología en el embarazo, embarazo buscado y la edad de la madre

**ajustada por estado civil, nivel de estudios máximos alcanzados, presencia de patología en el embarazo, embarazo buscado, edad de la madre, utilización de la analgesia epidural y modo de inicio del parto.

***ajustada por estado civil, nivel de estudios máximos alcanzados, presencia de patología del embarazo, embarazo buscado, edad de la madre, modo de inicio de parto, y utilización de medicación en el proceso de dilatación

Tabla 6.3. Influencia de la educación maternal sobre la duración de los diferentes periodos del parto.

Variable	Análisis crudo			Análisis multivariable		
	Educación maternal			Educación maternal		
	Si, media (IC 95%)	No, media (IC95%)	<i>p</i>	Si, media (IC 95%)	No, media (IC95%)	<i>p</i> *
Duración del periodo de dilatación	410.50 (384.03-436.97)	410.03 (373.50-446.56)	0.983	410.69 (385.77-435.62)	419.36 (383.81-454.92)	0.695
Duración del periodo expulsivo	104.31 (96.28- 112.34)	88.53 (77.01-100.04)	0.028	96.01 (87.56-104.46)	85.67 (73.85-97.50)	0.155
Duración del periodo de alumbramiento	9.56 (8.55-10.57)	9.23 (7.92-10.53)	0.703	8.62 (7.62-9.62)	8.76 (7.31-10.21)	0.875

*ajustada por modo de inicio de parto, parto por cesárea, utilización de medicación en el proceso de dilatación, utilización de analgesia epidural en el parto, estado civil de la madre, edad materna y nivel máximo de estudios alcanzados por la madre.

Tabla 7.1 Asociación entre la realización de educación maternal por parte de la madre la puntuación en el test de apgar del recién nacido y los días que permanece ingresado de este en el centro hospitalario.

Variable	Análisis crudo			Análisis multivariable		
	Educación maternal			Educación maternal		
	Si, media (IC 95%)	No, media (IC95%)	<i>p</i>	Si, media (IC 95%)	No, media (IC95%)	<i>p</i>
Apgar del recién nacido al minuto de vida	8.61 (8.52-8.71)	8.60 (8.47-8.73)	0.913	8.61 (8.52-8.71)	8.62 (8.48-8.75)	0.989*
Apgar del recién nacido a los cinco minutos de vida	9.32 (9.25-9.38)	9.40 (9.31-9.50)	0.120	9.31 (9.25-9.38)	9.42 (9.33-9.52)	0.064*
Días que permanece ingresado el recién nacido	2.51 (2.33-2.68)	2.69 (2.35-3.02)	0.305	2.54 (2.37-2.71)	2.64 (2.40-2.89)	0.491**

*ajustada por pequeño para su edad gestacional, recién nacido de bajo peso al nacimiento, enfermedad materna durante el embarazo y parto por cesárea.

**ajustada por parto por cesárea, ingreso del recién nacido en la unidad neonatal, presencia de patología en el embarazo y de complicaciones en el postparto.

Tabla 7.2 Asociación entre la realización de educación maternal y el ingreso del recién nacido en el momento del parto, bajo peso al nacimiento, recién nacido considerado pequeño para su edad gestacional y aparición de problemas en los dos primeros meses de vida.

Variable	Total, <i>n</i>	Educación maternal		Análisis crudo	Análisis multivariable
		no, <i>n</i> (%)	sí, <i>n</i> (%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Ingreso del recién nacido en la unidad neonatal					
No	435	135 (81.33)	300 (83.65)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Si	85	31 (18.67)	54 (15.25)	0.78 (0.47-1.32)	0.79 (0.44-1.41)
Ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos					
No	509	160 (96.39)	349 (98.59)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Si	11	6 (3.61)	5 (1.41)	0.38 (0.09-1.52)	0.41 (0.11-1.49)
Recién nacido de bajo peso al nacimiento (peso <2500 gramos)					
No	496	152 (91.57)	344 (97.18)	1 (referencia)	1 (referencia)**
Sí	24	14 (8.43)	10 (2.82)	0.31 (0.12-0.78)	0.27 (0.11-0.66)
Recién nacido considerado pequeño para su edad gestacional					
No	398	123 (75.46)	275 (78.35)	1 (referencia)	1 (referencia)**
Sí	116	40 (24.54)	76 (21.65)	0.84 (0.53-1.35)	0.84 (0.53-1.33)
Presencia de problemas de salud en los primeros 2 meses de vida del bebé					
No	431	145 (90.06)	286 (82.90)	1 (referencia)	1 (referencia)***
Si	75	16 (9.94)	59 (17.10)	1.86 (1.01-3.60)	1.73 (0.95-3.14)

*ajustado por pequeño para su edad gestacional, bajo peso al nacimiento, enfermedad materna durante el embarazo, parto por cesárea, puntuación apgar a los 5 minutos de vida.

** ajustada por parto por cesárea, patología materna durante el embarazo, edad materna, estado civil de la madre, nivel máximo de estudios alcanzados por la madre y embarazo buscado.

***ajustado por pequeño para su edad gestacional, bajo peso al nacimiento, enfermedad materna durante el embarazo, parto por cesárea, ingreso del recién nacido en el momento del parto en la unidad de cuidados intensivos o la unidad neonatal.

Tabla 8. Asociación entre la realización de educación maternal y la temática que la mujer demanda de este programa

Variable	Total, <i>n</i>	Educación maternal		Análisis crudo OR (IC 95%)	Análisis multivariable* OR (IC 95%)
		no, <i>n</i> (%)	si, <i>n</i> (%)		
Cuidados en el puerperio					
No	150	46 (30.67)	104 (69.33)	1 (referencia)	1 (referencia)
Si	277	70 (25.27)	207 (74.73)	1.30 (0.81-2.07)	1.26 (0.79-2.01)
Alimentación durante la gestación					
No	182	58 (31.87)	124 (68.13)	1 (referencia)	1 (referencia)
Si	245	58 (23.67)	187 (76.33)	1.51 (0.96-2.36)	1.52 (0.97-2.40)
Legislación sobre maternidad					
No	201	64 (31.84)	137 (68.16)	1 (referencia)	1 (referencia)
Si	226	52 (23.01)	174 (76.99)	1.56 (0.99-2.48)	1.62 (1.03-2.56)
Lactancia maternal					
No	108	31 (28.70)	77 (71.30)	1 (referencia)	1 (referencia)
Si	319	85 (26.65)	234 (73.35)	1.11 (0.65-1.84)	1.02 (0.61-1.70)
Cuidados del recién nacido					
No	84	18 (21.43)	66 (78.57)	1 (referencia)	1 (referencia)
Si	343	98 (28.57)	245 (71.43)	0.68 (0.36-1.23)	0.69 (0.38-1.27)
Analgesia en el parto					
No	139	39 (28.06)	100 (71.94)	1 (referencia)	1 (referencia)
Si	288	77 (26.74)	211 (73.26)	1.06 (0.65-1.71)	1.06 (0.66-1.71)
Otros temas					
No	337	94 (27.89)	243 (72.11)	1 (referencia)	1 (referencia)
Si	90	22 (24.45)	68 (75.55)	1.19 (0.68-2.15)	1.16 (0.66-2.04)

*ajustada por estado civil, nivel de estudios máximos alcanzados, presencia de patología en el embarazo, embarazo buscado y la edad maternal.

Tabla 9.1 Asociación entre el tipo de educador que imparte la educación maternal y las diferentes variables de estudio.

Variable	Educación maternal impartida por matrn/a		Análisis crudo	Análisis multivariable
	no, n (%)	sí, n (%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Número de sesiones de educación maternal a las que acude la mujer				
Entre 1 y 3 sesiones	28 (32.18)	37 (13.86)	1 (referencia)	1 (referencia)*
> 3 sesiones	59 (67.82)	230 (86.14)	2.95 (1.59-5.39)	0.95 (0.92-0.98)
Número de horas de clases de educación maternal a las que acude la mujer				
Entre 1 y 5 horas	30 (35.30)	47 (17.67)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Entre 6 y 10 horas	32 (37.65)	85 (31.95)	1.69 (0.87-3.27)	0.95 (0.92-0.98)
Entre 11 y 15 horas	18 (21.18)	66 (24.82)	2.34 (1.10-4.99)	
>15 horas	5 (5.87)	68 (25.56)	8.68 (2.99-30.34)	
La gestante acude a urgencias de obstetricia por motivos no necesarios				
No	54 (62.07)	188 (70.41)	1(referencia)	1 (referencia)*
Si	33 (37.93)	79 (29.59)	1.45 (0.84-2.48)	1.35 (0.80-2.28)
Nivel de ansiedad de la gestante preparto				
Normal	48 (55.17)	151 (56.77)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Medio/Alto	39 (44.83)	115 (44.23)	1.06 (0.63-1.78)	1.01 (0.61-1.68)
Tipo de parto que tuvo la mujer				
Eutócico	40 (45.98)	144 (53.93)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Distócico	47 (54.02)	123 (46.07)	1.37 (0.82-2.30)	1.37 (0.83-2.27)
				continúa

Tabla 9.1 Continuación

Variable	Educación maternal impartida por matró/a		Análisis crudo OR (IC 95%)	Análisis multivariable OR (IC 95%)
	no, n (%)	sí, n (%)		
Inicio de parto				
Esponáneo	45 (51.72)	151 (56.55)	1 (referencia)	1 (referencia)*
No esponáneo	42 (48.28)	116 (43.45)	1.21 (0.72-2.03)	1.23 (0.75-2.04)
Parto por cesárea				
No	66 (75.86)	226 (84.64)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Si	21 (24.14)	41 (15.36)	1.75 (0.92-3.28)	1.80 (0.97 3.34)
Establecimiento precoz piel con piel entre la madre y el recién nacido				
No	25 (28.74)	52 (19.55)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Si	62 (71.26)	214 (80.45)	0.60 (0.33-1.10)	0.56 (0.31-0.99)
Requerimiento de medicación durante el proceso de dilatación				
No	19 (21.84)	64 (23.97)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Si	68 (78.16)	203 (76.03)	1.12 (0.61-2.14)	1.10 (0.61-1.99)
Utilización de analgesia epidural en el parto				
No	11 (12.64)	45 (16.85)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Si	76 (87.36)	222 (83.15)	0.89 (0.46-1.68)	0.84 (0.45-1.58)
Utilización de medidas analgésicas no farmacológicas en el parto				
No	70 (80.46)	210 (78.65)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Si	17 (19.54)	57 (21.35)	0.89 (0.46-1.68)	0.84 (0.45-1.58)
Presencia de lesión perineal asociada al parto				
No	30 (34.48)	59 (22.10)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Si	57 (65.52)	208 (77.90)	0.54 (0.31-0.95)	0.53 (0.31-0.92)
				continúa

Tabla 9.1 Continuación

Variable	Educación maternal impartida por matró/a		Análisis crudo	Análisis multivariable
	no, n (%)	sí, n (%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Aparición de complicaciones postparto				
No	78 (89.66)	240 (89.89)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Sí	9 (10.34)	27 (10.11)	1.02 (0.46-2.36)	1.13 (0.50-2.57)
Participación activa de la madre en el proceso de parto				
No	32 (36.78)	61 (22.85)	1 (referencia)	1 (referencia)****
Sí	55 (63.22)	206 (77.15)	0.51 (0.29-0.89)	0.51 (0.30-0.87)
Recién nacidos con bajo peso al nacimiento (peso < 2500 gramos)				
No	80 (91.95)	264 (98.88)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Sí	7 (8.05)	3 (1.12)	7.7 (1.70-46.85)	6.94 (1.54-31.12)
Recién nacidos considerados pequeños para su edad gestacional				
No	67 (77.01)	208 (78.79)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Sí	20 (22.99)	56 (21.21)	1.10 (0.58-2.04)	1.20 (0.66-2.20)
Ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos				
No	83 (95.40)	266 (99.63)	1 (referencia)	1 (referencia)***
Sí	4 (4.60)	1 (0.37)	12.82 (1.23-633.50)	10.88 (1.14-103.14)
Ingreso del recién nacido en la unidad neonatal				
No	61 (70.11)	239 (89.51)	1 (referencia)	1 (referencia)***
Sí	26 (29.89)	28 (10.49)	3.64 (1.89-6.93)	3.10 (1.51- 6.34)
				continúa

Tabla 9.1 Continuación

Variable	Educación maternal impartida por matrón/a		Análisis crudo	Análisis multivariable
	no, n (%)	sí, n (%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Inicio precoz de la lactancia materna				
No	28 (32.18)	49 (18.35)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Si	59 (67.82)	218 (81.65)	0.47 (0.26-0.85)	0.48 (0.27-0.85)
Mantenimiento de la lactancia materna a los dos meses de vida del bebe				
No	24 (27.91)	85 (33.07)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Si	62 (72.09)	172 (66.93)	1.27 (0.72-2.29)	1.37 (0.77-2.43)
Aparición de problemas de salud en los primeros dos meses de vida del bebe				
No	68 (80.00)	218 (83.85)	1 (referencia)	1 (referencia)***
Sí	17 (20.00)	42 (16.15)	1.29 (0.64-2.50)	1.24 (0.63-2.43)
Temática que debería de tratarse en las clases de educación maternal:				
<i>Cuidados del recién nacido</i>				
No	21 (28.38)	45 (18.99)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Si	53 (71.62)	192 (81.01)	0.59 (0.31-1.14)	0.57 (0.30-1.06)
<i>Analgesia en el parto</i>				
No	30 (40.54)	70 (29.54)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Si	44 (59.46)	167 (70.46)	0.61 (0.34-1.10)	0.57 (0.32-1.01)
<i>Alimentación en la gestación</i>				
No	32 (43.24)	92 (38.82)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Sí	42 (56.76)	145 (61.18)	0.83 (0.47-1.46)	0.78 (0.45-1.35)
				continúa

Tabla 9.1 Continuación

Variable	Educación maternal impartida por matron/a		Análisis crudo OR (IC 95%)	Análisis multivariable OR (IC 95%)
	no, n (%)	sí, n (%)		
<i>Cuidados en el puerperio</i>				
No	33 (44.59)	71 (29.96)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Si	41 (55.41)	166 (70.04)	0.53 (0.30-0.94)	0.51 (0.29-0.89)
<i>Legislación relacionada la maternidad</i>				
No	34 (45.95)	103 (43.46)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Si	40 (54.05)	134 (56.54)	0.90 (0.51-1.58)	0.80 (0.46-1.38)
<i>Lactancia materna</i>				
No	25 (33.78)	52 (21.94)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Si	49 (66.22)	185 (78.06)	0.55 (0.30-1.02)	0.55 (0.30-1.01)
<i>Otros temas</i>				
No	55 (74.32)	188 (79.32)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Si	19 (25.68)	49 (20.68)	1.32 (0.67-2.51)	1.32 (0.70-2.47)
Motivos de abandono de la lactancia materna:				
<i>Prescripción médica</i>				
No	32 (94.12)	110 (95.65)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Si	2 (5.88)	5 (4.35)	1.37 (0.12-8.87)	1.04 (0.16-6.89)
<i>No tener leche</i>				
No	31 (81.58)	70 (57.85)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Si	7 (18.42)	51 (42.15)	0.30 (0.10-0.79)	0.25 (0.01-0.67)
				continúa

Tabla 9.1 Continuación

Variable	Educación maternal impartida por matrón/a		Análisis crudo	Análisis multivariable
	no, n (%)	sí, n (%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
<i>Quedarse con hambre el bebé</i>				
No	21 (53.85)	82 (66.13)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Si	18 (46.15)	42 (33.87)	1.67 (0.74-3.69)	1.77 (0.83-3.75)
<i>Deseo personal de la madre de no querer seguir dando el pecho</i>				
No	33 (97.06)	112 (98.25)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Si	1 (2.94)	2 (1.75)	1.69 (0.02-33.42)	2.63 (0.19-35.87)
<i>Por la incorporación al puesto de trabajo</i>				
No	33 (97.06)	112 (97.39)	1 (referencia)	1 (referencia)
Sí	1 (2.94)	3 (2.61)	1.13 (0.20-14.62)	0.74 (0.06-8.88)
<i>Otros motivos</i>				
No	10 (41.67)	37 (43.53)	1 (referencia)	1 (referencia)*
Si	14 (58.33)	48 (56.47)	1.07 (0.39-3.04)	1.40 (0.50-3.91)

*ajustada por estado civil, nivel de estudios máximos alcanzados, presencia de patología del embarazo, embarazo buscado y la edad de la madre

**ajustada por estado civil, nivel de estudios máximos alcanzados, presencia de patología del embarazo, embarazo buscado, edad de la madre, utilización de medicación en el proceso de dilatación y modo de inicio de parto.

*** ajustada por recién nacido de bajo peso al nacimiento, pequeño para su edad gestacional, presencia de patología durante el embarazo, parto por cesárea y puntuación en el test de apgar a los cinco minutos.

****ajustada por estado civil, nivel de estudios máximos alcanzados, presencia de patología del embarazo, embarazo buscado, la edad de la madre y utilización de analgesia epidural en el parto.

Tabla 9.2 Asociación entre el tipo de educador que imparte la educación maternal y las diferentes variables de estudio

Variable	Análisis crudo			Análisis multivariable		
	Educación maternal impartida por matró/a			Educación maternal impartida por matró/a		
	Si, media (IC 95%)	No, media (IC95%)	<i>p</i>	Si, media (IC 95%)	No, media (IC95%)	<i>p</i>
Visitas a urgencias de obstetricia por motivos no necesarios	0.45 (0.35-0.55)	0.65 (0.43-0.87)	0.071	0.47 (0.36-0.57)	0.60 (0.41-0.79)	0.235*****
Nivel de dolor expresado durante el proceso de parto sobre un máximo de 10	7.17 (6.90-7.44)	6.80 (6.27-7.34)	0.209	7.15 (6.87-7.43)	6.87 (6.37-7.37)	0.335*****
Días de ingreso de la mujer postparto	2.31 (2.19-2.44)	2.55 (2.25-2.85)	0.094	2.38 (2.28-2.48)	2.36 (2.19-2.53)	0.847***
Satisfacción de la mujer con el control del embarazo 0-4	2.93 (2.82-3.04)	3.08 (2.88-3.27)	0.201	2.93 (2.82-3.04)	3.07 (2.88-3.26)	0.218*****
Satisfacción de la mujer con la atención recibida en el parto 0-4	3.17 (3.05-3.29)	3.05 (2.84-3.27)	0.362	3.16 (3.04-3.28)	3.07 (2.85-3.28)	0.449*****
Satisfacción de la mujer con el programa de educación maternal 0-4	2.97 (2.85-3.09)	2.51 (2.28-2.74)	<0.001	2.97 (2.85-3.09)	2.50 (2.29-2.72)	< 0.001*****
Semanas de gestación a la que se produce el parto	39.49 (39.21-39.76)	39.50 (39.21-39.79)	0.958	39.49 (39.24-39.75)	39.50 (39.06-39.94)	0.976****

continúa

Tabla 9.2 Continuación

Variable	Análisis crudo			Análisis multivariable		
	Educación maternal impartida por matrón/a			Educación maternal impartida por matrón/a		
	Si, media (IC 95%)	No, media (IC95%)	<i>p</i>	Si, media (IC 95%)	No, media (IC95%)	<i>p</i>
Apgar del recién nacido al minuto de vida	8.56 (8.44-8.68)	8.78 (8.63-8.92)	0.054	8.56 (8.45-8.67)	8.79 (8.60-8.99)	0.043*
Apgar del recién nacido a los cinco minutos de vida	9.32 (9.25-9.40)	9.29 (9.18-9.41)	0.710	9.32 (9.25-9.40)	9.30 (9.17-9.43)	0.747*
Días que permanece ingresado el recién nacido	2.39 (2.23-2.54)	2.87 (2.33-3.41)	0.024	2.46 (2.28-2.64)	2.65 (2.33-2.97)	0.328***
Tiempo en minutos de duración del periodo de dilatación en el parto	398.52 (367.65-429.38)	448.61 (397.34-499.88)	0.112	420.37 (393.42-447.33)	442.85 (395.75-489.95)	0.415**
Tiempo en minutos de duración del periodo de expulsivo en el parto	108.35 (98.90-117.81)	90.87 (76.18-105.56)	0.070	102.49 (93.09-111.90)	84.62 (68.52-100.71)	0.053**
Tiempo en minutos de duración del periodo de alumbramiento	9.67 (8.66-10.67)	9.21 (6.36-12.07)	0.708	8.80 (7.61-9.98)	8.65 (6.59-10.71)	0.905**
Utilidad y beneficio que conceden las mujeres a la educación maternal 0-4	3.11 (2.99-3.22)	2.74 (2.52-2.97)	0.002	3.10 (2.98-3.21)	2.76 (2.56-2.97)	0.006*****

*ajustada por recién nacido considerado de bajo peso al nacimiento, pequeño para su edad gestacional, presencia de patología durante el embarazo y parto por cesárea.

**ajustada por parto por tipo de parto, inicio de parto inducido, utilización de medicación en el proceso de dilatación, utilización de la epidural en el parto, edad materna, estado civil de la madre y nivel máximo de estudios alcanzados por la madre.

Impacto del Programa de Educación Maternal sobre la Madre y el Recién Nacido

***ajustada por parto por cesárea, ingreso del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos o en la unidad neonatal, presencia de patología durante el embarazo y existencia de complicaciones postparto.

****ajustada por parto por cesarea, presencia de patología durante el embarazo, estado civil de la madre, nivel máximo de estudios alcanzados por la madre y edad materna

***** ajustada por embarazo buscado, nivel máximo de estudios alcanzados por la madre, estado civil, presencia de patología durante el embarazo y edad materna.

Tabla 10.1. Asociación entre el motivo que expuso la madre para el abandono de la lactancia materna y la educación maternal

Variable	Total, <i>n</i>	Educación maternal		Análisis crudo OR (IC 95%)	Análisis multivariable* OR (IC 95%)
		no, <i>n</i> %	si, <i>n</i> (%)		
Prescripción médica					
No	223	81 (36.32)	142 (63.68)	1 (referencia)	1 (referencia)
Sí	9	2 (22.22)	7 (77.78)	1.99 (0.36-20.08)	2.22 (0.40-12.23)
No tener leche					
No	150	49 (32.67)	101 (67.33)	1 (referencia)	1 (referencia)
Si	99	41 (41.41)	58 (58.59)	0.68 (0.39-1.20)	0.64 (0.37-1.10)
Quedarse con hambre el bebe					
No	159	56 (35.22)	103 (64.78)	1 (referencia)	1 (referencia)
Si	95	35 (36.84)	60 (63.16)	0.93 (0.53-1.64)	0.89 (0.52-1.55)
Deseo personal de la madre de no querer seguir dando el pecho					
No	221	76 (34.39)	145 (65.61)	1 (referencia)	1 (referencia)
Si	9	6 (66.67)	3 (33.33)	0.26 (0.04-1.27)	0.30 (0.66-1.36)
Por la incorporación al puesto de trabajo					
No	224	79 (35.27)	145 (64.73)	1 (referencia)	1 (referencia)
Sí	7	3 (42.86)	4 (57.14)	0.72 (0.19-5.09)	0.96 (0.19-4.90)
Otros motivos					
No	90	43 (47.78)	47 (52.22)	1 (referencia)	1 (referencia)
Si	94	32 (34.04)	62 (65.96)	1.77 (0.93-3.35)	1.76 (0.96-3.25)

*ajustada por estado civil, nivel de estudios máximos alcanzados, presencia de patología del embarazo, embarazo buscado y la edad de la madre

Tabla 10.2. Asociación entre la realización de educación maternal el inicio precoz y mantenimiento de la lactancia materna

Variable	Total, <i>n</i>	Educación maternal		Análisis crudo	Análisis multivariable*
		no, <i>n</i> (%)	sí, <i>n</i> (%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Inicio precoz de la lactancia materna					
No	127	50 (39.37)	77 (60.63)	1 (referencia)	1 (referencia)
Si	392	115 (29.34)	277 (70.66)	1.56 (1.01-2.42)	1.78 (1.14-2.78)
Mantenimiento de la lactancia materna a los dos meses de vida del bebe					
No	184	75 (40.76)	109 (59.24)	1 (referencia)	1 (referencia)
Si	315	81 (25.71)	234 (74.29)	1.98 (1.32-2.98)	1.73 (1.15-2.61)

*ajustada por estado civil, nivel de estudios máximos alcanzados, presencia de patología del embarazo, embarazo buscado y la edad de la madre

Tabla 11.1 Asociación entre la utilidad en una escala likert que las mujeres conceden a la educación maternal y la realización de esta

Variable	Total, <i>n</i>	Educación maternal		<i>p</i>
		no, <i>n</i> (%)	sí, <i>n</i> (%)	
Valoración de la educación maternal				<i>0.001</i>
Nada útil y beneficiosa	17	8 (47.06)	9 (52.94)	
Poco útil y beneficiosa	36	21 (58.34)	15 (41.66)	
Útil y beneficiosa	125	54 (43.20)	71 (56.80)	
Bastante útil y beneficiosa	145	22 (15.17)	123 (84.83)	
Muy útil y beneficiosa	148	12 (8.11)	136 (91.89)	

Tabla 11.2 Asociación entre la puntuación media de valoración de la educación maternal y la realización de esta

Variable	Análisis crudo			Análisis multivariable		
	Educación maternal			Educación maternal		
	Si, media (IC 95%)	No, media (IC95%)	<i>p</i>	Si, media (IC 95%)	No, media (IC95%)	<i>p</i> *
Utilidad y beneficio que conceden las mujeres a la educación maternal			<i>0.001</i>			<i>0.001</i>
0-4	3.02 (2.91-3.12)	2.07 (1.88-2.26)		2.97 (2.87-3.08)	2.15 (1.96-2.33)	

*ajustada por embarazo buscado, nivel máximo de estudios alcanzados, estado civil, presencia de patología en el embarazo y edad materna

Tabla 11.3 Asociación entre el número de horas de educación maternal a la que la mujer es expuesta y el grado de satisfacción con este programa.

Variable	Número de horas de Educación Maternal a las que la mujer acudió					Análisis crudo	Análisis multivariable
	0 horas, media (IC 95%)	1-5 horas, media (IC 95%)	6-10 horas, media (IC 95%)	11-15 horas, media (IC 95%)	>15horas, media (IC 95%)	<i>p</i>	<i>p</i> *
Grado de satisfacción de la usuaria con el programa de educación maternal							
0-4	2.59 (2.46-2.73)	2.64 (2.51-2.76)	2.67 (2.55-2.79)	2.71 (2.59-2.83)	3.35 (3.11-3.60)	< 0.001	< 0.001

*ajustada por embarazo buscado, nivel máximo de estudios alcanzados, estado civil, presencia de patología en el embarazo y edad materna

DISCUSIÓN

Discusión

El porcentaje de gestantes que acudieron al programa de educación maternal del total de las mujeres que participaron en nuestro estudio es superior al que se puede encontrar en la literatura. Tal es así que, en Bérnues et al [1991] se situó la participación en un 40,6%, en Campos et al [1994], en un 26,3%, en Aguado et al [2001] en un 38,9% y en Gálvez et al [1996] en un 44%, frente al 68.65% de nuestra investigación. Si bien hay que tener en cuenta que en estos estudios se trata de mujeres en las que no se ha tenido en cuenta la paridad, y la multiparidad es un determinante para no asistir a las clases de educación maternal [Del Pino et al 2007, Moreno et al 1997]. También hay que tener en cuenta que estos estudios fueron realizados hace ya bastante tiempo y la importancia de la educación para la salud se ha visto reforzada en los últimos tiempos, y especialmente en un periodo tan importante en la vida para la mujer como es el embarazo. Sin embargo, el porcentaje de mujeres primíparas que asistieron al programa de educación maternal se sitúa por debajo del que encontró Fabian et al [2006], que fue del 78% mientras que en este mismo estudio el porcentaje de las multíparas solo fue del 31%. La mayoría de las mujeres (55.58%) acudieron a más de 3 sesiones, con lo cual podemos considerar que cumple con los criterios de calidad establecidos [Junta de Andalucía, Consejería de Salud 2005].

Según los resultados que se desprenden de este estudio, entre los factores que favorecieron la participación de la mujer en la educación maternal se encuentra el mayor nivel de estudios de la mujer, hecho que coincide con la mayoría de las investigaciones publicadas [Del Pino et al 2007, Fabian et al 2005, Moreno et al 1997]. También el hecho de que a mayor edad mayor participación de las mujeres en los programas de educación maternal va en la línea de los resultados publicados por Del Pino et al [2007], pero Goberna [1997] afirma, en sentido opuesto a lo que se determina en nuestros resultados, que las mujeres jóvenes acuden más que las de más edad. Otros determinantes que se asociaron de forma positiva

con la realización de la educación maternal son la nacionalidad española, el tipo de contrato y el sector en el que trabaja.

En el estudio se consideró adecuado aquel control del embarazo que se empezó antes de las 12 semanas de gestación y que acudió al menos a cuatro visitas de control con el médico, la matrona o la enfermera. Se utilizaron estos dos criterios teniendo en cuenta las recomendaciones de la evidencia disponible [Carroli et al 2008 y Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia 2002]. Este control adecuado del embarazo ya fue identificado por Villar [2007], en el estudio que realizó en Lima, como un factor asociado a la realización de la educación maternal. Los resultados del presente estudio coinciden y están en la línea del que llevó a cabo Fabian et al [2004] en Suecia.

El ser un embarazo buscado también hizo que la mujer asistiese más a las clases de educación maternal aunque Moreno et al [1997] identificaron todo lo contrario, mujeres con embarazos no buscados acudían más a educación maternal; en la línea de nuestros resultados, en lo referente a la asociación del embarazo buscado y la participación de la mujer en la educación maternal, van los de Fabian et al [2006].

Nuestros resultados, en cuanto a la asociación positiva que se estableció entre la realización de la educación maternal y la intención previa que tiene la mujer de realizarla, coinciden con los de la revisión Cochrane de Gagnon y Sandall [2008].

Al contrario de lo que estableció Aguado et al [2001] y Moreno et al [1997], que identificaron el trabajo fuera de casa como un factor asociado a la no asistencia a las clases de educación maternal, se muestra en nuestros resultados una asociación positiva entre trabajar fuera del hogar y acudir al programa de educación maternal. En este sentido, el desempleo es uno de los factores que Fabian et al [2004] identificaron como determinante para que las mujeres primíparas no acudiesen al programa de educación maternal.

La raza de la mujer, la presencia de patología tanto antes como durante el embarazo y el tener antecedentes de aborto no se asociaron con la realización de la educación maternal en nuestro estudio. Al contrario, en

lo que respecta a los antecedentes de aborto, Fabian et al [2004] sí lo identificaron como un factor de no asistencia a la educación maternal en mujeres primíparas. En este mismo estudio sueco se detectó que las mujeres que sufrían alguna enfermedad durante el embarazo y requerían ingreso acudían menos a la educación maternal; nuestros resultados han sido negativos en este sentido, si bien hay que tener en cuenta que en esta investigación se tuvo en cuenta todo tipo de enfermedades y no la necesidad de ingreso de la mujer.

Se observó una asociación negativa con el bajo nivel económico, tal y como también afirman otros estudios [Aguado et al 2001 y Fabian et al 2006].

Hay investigaciones que coinciden con nuestros resultados, como la de Aguado et al [2001], que asociaron el estado civil soltera con la no participación de la mujer en el programa de educación maternal. No obstante, Del Pino et al [2007] difieren en este sentido y afirman que el tener pareja no se asocia con la asistencia de las mujeres a la educación maternal.

Entre los motivos que mayoritariamente argumentaron las mujeres para no asistir al programa de educación maternal se encuentran el que no se oferte dicha actividad dentro de la cartera de servicios de su centro sanitario y la incompatibilidad con el horario en el que se lleva a cabo dicha actividad. Estos motivos van en concordancia con los de otros estudios [Alves y Lima 2004, Bernués et al 1991, Goberna 1997].

La educación maternal, tal y como se desprende de nuestros resultados, no es un herramienta útil para que las usuarias en estado de gestación hagan una utilización más racional y adecuada de los servicios de urgencias de obstetricia. En la línea opuesta hay otros estudios, como el de Albizu et al [2000], realizado en España y el de Reyes [2004] en Perú, aunque la revisión Cochrane de Hodnett y Lauzon [2008] concluye que no hay suficientes pruebas para determinar que la educación maternal es un buen instrumento para el autodiagnóstico del inicio del parto, y por lo tanto para identificar el momento oportuno de acudir al hospital. Artieta-Pinedo et al [2010], posterior a la revisión Cochrane, coinciden con ella, y tampoco

encontraron que la educación maternal contribuyera a identificar el momento idóneo del proceso de parto para acudir al hospital.

Los resultados obtenidos que sugieren la escasa influencia que tiene la educación maternal sobre el alta temprana de la madre tras el parto concuerdan con el estudio de Bell y Handfield [1995], en el que se comprobó que la realización de educación maternal por parte de las madres tenía un efecto mínimo sobre un alta temprana de la mujer a las 24 horas del parto.

Tampoco, según los resultados del estudio, se puede considerar que la educación maternal tenga repercusión sobre el ingreso del recién nacido en la unidad neonatal o de cuidados intensivos, así como en los días que este permanece ingresado en el centro hospitalario. Estos resultados van en sentido contrario a los que encontraron Calderón et al [2010].

Diversos estudios han hallado una asociación positiva entre la realización de educación maternal y el menor nivel de dolor expresado por la madre durante el parto [Escott et al 2009, Ip et al 2009]. Otras investigaciones [Escribano et al 1996, Fabian et al 2005] no establecieron ninguna asociación entre ambos parámetros, al igual que en este estudio. Si bien la puntuación media que otorgaron las mujeres que realizan educación maternal al nivel de dolor es sensiblemente menor que las mujeres que no realizaron educación maternal, no se alcanzó significación estadística al 5%. Por lo tanto, en este sentido se esté en la línea de las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [2006], que afirma que la educación maternal es un método analgésico de eficacia poco demostrada.

En cuanto a la utilización de los métodos analgésicos, no se encontró una asociación entre la realización de la educación maternal y la utilización de la analgesia epidural. Estos resultados coinciden con los de Bergström et al [2009] y Artieta-Pinedo et al [2010] pero Fabian et al [2005] sí que detectaron que las mujeres que realizaban educación maternal utilizaban más la analgesia epidural durante el parto. En nuestro estudio tampoco se identificó la influencia de la educación maternal sobre el uso de los métodos analgésicos alternativos por parte de la parturienta, resultados que van en la línea opuesta de lo que encontraron Alves y Lima [2004].

No se encontró una relación entre la participación de la mujer en el programa de educación maternal y el nivel de ansiedad preparto en contra de lo que dicen la mayor parte de los estudios realizados [Aguilar-Vafaei et al 2006, Ariza 1985, Ip et al 2009]. Artieta-Pinedo et al [2010] sólo apreciaron esa reducción de ansiedad en mujeres de nacionalidad española y en las inmigrantes observaron el efecto contrario.

Tampoco se detectó una relación entre la asistencia a las clases de educación maternal y el grado de satisfacción de la mujer con el control del embarazo recibido, ni con la atención que se le prestó durante el proceso de parto. Aquí hay que destacar que las mujeres que acudieron a la educación maternal otorgaron una menor valoración, no estadísticamente significativa, del control del embarazo que las que no acudieron. Esto no puede ser debido a que estas mujeres tuvieran un mayor nivel de estudios y por lo tanto fuesen más exigentes. Sin embargo, en la valoración que realizaron sobre la atención recibida durante el proceso de parto sucedió justo lo contrario. De todas formas, no se puede concluir que la realización de educación maternal tenga influencia sobre el grado de satisfacción de la mujer con el control del embarazo y la atención recibida durante el proceso de parto, contrariamente a lo que se encuentra en la literatura científica [Alaghebandan et al 2005, Artieta y Paz 2006, Baglio et al 2000, Bailey et al 2008, López et al 2009]. A pesar de ello, en un estudio español [Artieta Pinedo et al 2010] se encontraron resultados que van en la misma dirección de los identificados en esta investigación.

En el proceso de parto no se ha encontrado una asociación entre la realización de la educación maternal y la duración de los tiempos de los diferentes periodos del parto. Esto coincide con otros estudios [Artieta-Pinedo et al 2010, Ahn et al 2008]. Por el contrario, Escribano et al [1996] sí encontraron una reducción de 33 minutos de promedio en el proceso de parto en las mujeres que habían realizado la preparación frente a las mujeres que no la habían realizado.

El Plan de Humanización de la Atención Perinatal de Andalucía [Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2008] y la guía de práctica clínica del parto normal [Ministerio de Sanidad y Política Social 2010] recomiendan el establecimiento del contacto precoz piel con piel entre la

madre y el recién nacido. Los resultados de nuestro estudio indican que la educación maternal favorece esta práctica, lo que coincide con otro estudio [Reyes 2004]. Dentro de las prácticas que se recomiendan en ambas guías [Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2008 y Ministerio de Sanidad y Política Social 2010], también se encuentra el fomento de la participación activa de la madre en el proceso de parto, y según los resultados de nuestro estudio y en concordancia con otras investigaciones [Santiago y Vidal 2004] la educación maternal influye en que esa participación en el parto sea llevada por parte de la mujer de forma activa.

La educación maternal no muestra tener ninguna influencia en lo que al proceso de parto propiamente dicho se refiere. No se halló que la educación maternal influyera sobre el inicio inducido del parto, lo que coincide con Araneda et al [2006], aunque en otro estudio [Chirino et al 2010] sí se sugirió que la educación maternal reducía las inducciones electivas del parto. En cuanto al tipo de parto, en contra de otros estudios [Aguilar-Vafaei et al 2006, Escribano et al 1996], que asociaron la educación maternal a un menor número de partos instrumentales, en nuestros resultados tampoco se encuentra una influencia de la educación maternal sobre el tipo de parto, al igual que otros [Artieta –Pinedo et al 2010, Fabian et al 2005]. La educación maternal no influyó en la tasa de cesárea, de acuerdo con el estudio vasco de Artieta –Pinedo et al [2010], y en contra de lo afirmado por numerosos autores [Aguilar-Vafaei et al 2006, Alaghebandan et al 2005, Araneda et al 2006, Baglio et al 2000, Bernués et al 1991, Campero et al 2007, Gruen et al 2011, Reyes 2004].

La necesidad de utilización de medicación durante el proceso de dilatación, principalmente la oxitocina, no se asoció con la realización de la educación maternal, difiriendo de otros [Ahn et al 2008, Araneda et al 2006, Reyes 2004]. Las lesiones asociadas al trabajo de parto, bien sea una episiotomía, un desgarro de cualquier grado, laceraciones o la presencia de más de uno de estas lesiones no se asoció con la realización de educación maternal, en contra de lo que establecen otros [Avila 2004, Reyes 2004]. Sin embargo, de la Pisa Latorre et al [1999] y Artieta –Pinedo et al [2010] concluyen en un sentido similar a lo sugerido en nuestros resultados. En el tema de la realización de la episiotomía y la asistencia a educación maternal los resultados son contrarios. Por una parte, Herrera y Gálvez

[2004] asocian la realización de educación maternal con el hecho de llevar a cabo esta técnica, mientras que Araneda et al [2006] establecen todo lo contrario. Hay que tener en cuenta que en la práctica asistencial diaria el personal sanitario que asiste partos tiene una mayor tendencia a realizar episiotomías en mujeres primíparas, de igual modo los desgarros perineales y demás lesiones del periné son más frecuentes en estas mujeres [Bick et al 2012] que son el objeto de nuestro estudio.

No se detectó influencia de la educación maternal sobre la aparición de complicaciones en el proceso de parto y puerperio, tal y como ya hiciese Reyes [2004]. La educación maternal no se asoció con la semana de gestación en la cual se produjo el parto, lo que coincide con Aguilar-Vafaei et al [2006]. Estos mismos autores hallaron un aumentó en el peso de los recién nacidos cuyas madres habían realizado la educación maternal, lo que también es sugerido en nuestros resultados. Sin embargo, no se detectó en nuestros resultados una influencia de la educación maternal sobre el nacimiento de recién nacidos pequeños para su edad gestacional, al contrario que Reyes [2004].

La puntuación en el test de Apgar, que indica el grado de adaptación del recién nacido a la vida extrauterina, no se asoció con la educación maternal, tal y como también encontraron otros [Ahn et al 2008], Artieta – Pinedo et al 2010, Reyes 2004]. La educación maternal tampoco se asoció con la presencia de problemas de salud del recién nacido durante los dos primeros meses de vida. Hay que tener en cuenta que los problemas relatados por la madre al preguntarle eran de gran variabilidad, desde unos “granitos en la cara” hasta al ingreso del bebé por distrés respiratorio en la unidad de cuidados intensivos.

La lactancia materna tuvo en la educación maternal un factor influyente, tanto para su inicio precoz, como para su mantenimiento hasta los dos meses de vida del bebé. En este mismo sentido hay varios estudios realizados en diferentes regiones y países del mundo [Castillo et al 2000, Dyson et al 2008, Junta de Andalucía 2005], aunque también existen otros trabajos que concluyen que no hay influencia de la educación maternal sobre el mantenimiento de la lactancia materna [Brown y Lumley 1993,

Escott et al 1999, Fabian 2005]. No se detectó diferencias en los motivos que la mujer argumentó para abandonar la lactancia materna.

En general, las mujeres demandan en su mayor parte formación durante las clases de educación maternal sobre el cuidado del recién nacido, en concordancia con otros estudios [García-Calvente et al 2004] y sobre el tema de la analgesia en el parto [Escuriet y Martínez 2004]. No se detectó que la demanda de unos asuntos temas u otros, ni su número, se vea influido por la realización de la educación maternal.

Las mujeres valoran positivamente las actividades que realiza la matrona [Alonso y García 2002, Fernández et al 2001, Hildingsson et al 2002]. Puede que esta valoración y consideración que se tiene hacia la figura de la matrona sea el predisponente a las diferencias que se han encontrado en nuestro estudio al analizar los resultados según el tipo de profesional que imparte la educación maternal. Así, las mujeres que habían realizado la educación maternal con la matrona acudieron a más horas y a más sesiones de este programa que las que las realizaron con otro profesional. El profesional mayoritario que se encargó de impartir el programa de educación maternal cuando no era la matrona fue la enfermera. Cuando la educación maternal fue impartida por la matrona se encontró una asociación positiva con la participación activa por parte de la mujer en el proceso de parto, con un menor ingreso de recién nacidos en la unidad neonatal o la unidad de cuidados intensivos y con un menor nacimiento de recién nacidos considerado bajo peso al nacimiento. Estas mujeres también establecieron en mayor medida el contacto precoz piel con piel con su recién nacido e iniciaron en mayor parte de forma precoz la lactancia materna, en este mismo sentido Alonso y García [2002] concluyeron que la lactancia materna se vió favorecida por la asistencia de las mujeres al programa de educación maternal con la matrona. En sentido negativo, la educación maternal impartida por la matrona se asoció a una mayor presencia de lesiones perineales asociadas al proceso de parto. No se encontraron diferencias entre la realización de educación maternal impartida por parte de la matrona y otros parámetros estudiados: la utilización de las urgencias por parte de la gestante de forma adecuada, el grado de satisfacción de la usuaria con el control del embarazo y la atención que recibió en el proceso de parto, el nivel de ansiedad preparto, el

inicio y tipo de parto, ni en la duración de los distintos periodos del proceso de parto, ni sobre la semana gestacional que se produjo el parto, requerimiento de medicación durante el proceso de dilatación, aparición de complicaciones en el postparto, nivel de dolor expresado durante el parto y la utilización de analgesia epidural o métodos alternativos, ni con los días que permaneció ingresado el recién nacido en el centro hospitalario ni la madre tras el parto. Tampoco se identificó diferencias en la puntuación en el test de apgar del recién nacido ni al minuto ni a los cinco minutos de vida de este, ni con la aparición de problemas de salud del bebé en sus dos primeros meses de vida, ni en el nacimiento de recién nacidos considerados pequeños para su edad gestacional. A pesar que las mujeres que realizaron la educación maternal con la matrona iniciaron más la lactancia materna de forma precoz, este hecho, sin embargo no se vio reflejado en su mantenimiento hasta los dos meses de vida del bebé. En la revisión Cochrane de Devane et al [2009] no es el objetivo principal determinar el papel o la efectividad de la matrona frente a otros profesionales sanitarios en la impartición de la educación maternal pero se puede establecer una similitud por algunos de los temas que se analizan, como el uso de la analgesia epidural en el parto, el inicio de la lactancia materna y la realización de episiotomía entre otros. En esta revisión [Devane et al 2009] se detectaron diferencias en la práctica de las matronas con respecto a la de otros profesionales sanitarios en el acto de asistencia al parto, siendo más frecuente el inicio de lactancia materna, menos frecuente la realización de la episiotomía y menos partos instrumentales cuando el parto fue asistido por una matrona. No se trata de extrapolar los resultados de dicha revisión a nuestro estudio, entre otras cosas porque se estudiaban hechos diferentes, sino de documentar que la práctica profesional de la matrona va más encaminada a la consecución de determinados parámetros como el inicio de la lactancia materna, menor número de partos instrumentales, etc. En definitiva, una atención más cercana a la práctica clínica que propone la Organización Mundial de la Salud [1999] y que han recogido las diferentes administraciones sanitarias [Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2008, Ministerio de Sanidad y Política Social 2010].

Las mujeres que realizaron la educación maternal con la enfermera demandaron en menor medida que se debería de tratar los cuidados del

puerperio en las clases de educación maternal, en esta línea, minimizando por parte de las mujeres la importancia de los cuidados del puerperio como tema a tratar en la educación maternal concluyó Castaño et al [2007].

Hubo una diferencia significativa de las mujeres que realizaron la educación maternal con otro profesional diferente a la matrona en cuanto al motivo por el cual abandonaron la lactancia materna: estas mujeres abandonaron en menor medida la lactancia por “no tener leche”. No hubo diferencias en cuanto al resto de motivos que llevó a la mujer al abandono de la lactancia. Los motivos de abandono de la lactancia materna coinciden con los que describen la mayor parte de los estudios al respecto [Arroyo et al 2006, Estévez et al 2002].

En general, la mujer valoró positivamente la educación maternal, considerándola útil y beneficiosa, pero cuando la mujer había formado parte del programa de educación maternal, es decir, había participado en él, esta valoración se vio incrementada, tal y como también encontraron Espinaco et al [1997], García- Calvente et al [2004], Garrido et al [1999], Homer et al [2011] y Vanagas et al [2009]. También se detectó que la educación maternal fue considerada más útil y beneficiosa cuando fue impartida por la matrona. Las mujeres que participaron en el programa de educación maternal estaban satisfechas en un alto grado con esta actividad, coincidiendo con otros estudios [Garrido et al 1999]. De hecho cuanto más acudió la mujer al programa de educación maternal mayor fue su grado de satisfacción. Cuando la educación maternal fue impartida por una matrona el grado de satisfacción con este programa fue mayor.

Nunca se puede descartar ciertos problemas de sesgo anamnésico en una encuesta, en la medida en que la mujer conoce ya el resultado del producto del embarazo, y éste podría influir en las contestaciones que dé. Hay que hacer un esfuerzo mayor: el sesgo se presenta cuando las respuestas de la mujer se alteran por la variable resultado -en este estudio-: por ejemplo, una mujer madre de un prematuro podría haber dicho que acudió a la educación maternal cuando no lo hizo. La existencia de un sesgo amnésico es poco probable porque la información que se recoge se produjo en un margen de tiempo relativamente pequeño antes de que se produjese la entrevista para la recogida de datos.

De existir un sesgo de selección asociado a la no respuesta, éste habrá tenido una influencia mínima sobre la validez de los resultados pues no existen a priori razones para pensar que las mujeres que respondieron difieran sustancialmente de las que no respondieron. Tampoco se cree que sea muy posible que se haya podido introducir un sesgo de mala clasificación, porque las diferentes preguntas del cuestionario eran realizadas por el personal colaborador que previamente había sido adiestrado para no dar lugar a que se produjese una interpretación diferente de la pregunta por parte de la mujer.

Tampoco se puede descartar completamente el sesgo de confusión, limitación inherente a la mayoría de los estudios observacionales. Con el nivel de conocimientos existente no es posible realizar un ensayo clínico por razones éticas. A priori no hay fundamento para pensar que no se hayan tenido en cuenta todos los factores de confusión que pudiese alterar algunas de las variables estudiadas. Por ejemplo: la utilización de la analgesia epidural durante el parto, hay hechos que demuestran que la utilización de oxitocina exógena es más dolorosa en los partos inducidos o estimulados. También se puede aplicar en un parto de inicio espontáneo cuando disminuye o no es efectiva la dinámica uterina. Esta administración de oxitocina exógena durante el proceso de parto podría llevar a un aumento del dolor percibido por la mujer, y obligara a demandar la analgesia epidural fue tenido en cuenta en el análisis de datos. Lo mismo que se tuvo en cuenta para el requerimiento de la analgesia epidural fue aplicado para otras variables.

El descartar a las mujeres multíparas tuvo su razón en querer evitar la influencia en los resultados estudio de la experiencia que ya tenían estas mujeres como madres. También el establecer como criterio de exclusión la barrera idiomática se debió a que las mujeres que no hablan ni entienden bien el castellano iban a tener dificultades para responder a las preguntas. No era pragmático usar un intérprete. Además, las clases de educación maternal se imparten en castellano en todos los centros donde se ha realizado el estudio, con lo que parecía poco probable que estas mujeres pudiesen acudir a dichas clases. Se utilizó las 3 sesiones como punto de corte para el análisis de datos teniendo en cuenta que es el indicador de calidad establecido [Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2005].

CONCLUSIONES

Conclusiones

1. La falta de oferta del programa de educación maternal dentro de la cartera de servicios del centro sanitario fue el principal motivo para que las mujeres no realizaran el programa de educación maternal. En los centros en los que se ofertaba esta actividad el horario en el que se desarrollaba las sesiones de educación maternal era el principal motivo por el que las mujeres no acudieran al programa de educación maternal. El mayor nivel de ingresos y de estudios de la mujer, así como la nacionalidad española son factores que predisponen a realizar la educación maternal.
2. La educación maternal no produjo que las mujeres hiciesen un uso del servicio de urgencias de obstetricia más eficiente y adecuado. La educación maternal no tuvo influencia sobre el nivel de ansiedad preparto de la gestante, la percepción de dolor durante el parto, la satisfacción que la mujer muestra sobre el proceso de embarazo-parto-puerperio, ni sobre los días postparto que permaneció ingresada en el hospital.
3. La educación maternal no afecta a la duración del proceso de parto en ninguno de sus distintos periodos, ni en la presencia de patología o complicaciones. Tampoco tiene influencia sobre el tipo de parto, ni afecta a la semana gestacional en la que se produce. En el proceso de parto la educación maternal muestra que incrementa el establecimiento precoz del contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido, así como una participación más activa en el proceso de parto. La educación maternal no tiene influencia sobre el requerimiento de analgesia epidural, la utilización de medicación durante el proceso de dilatación, ni sobre la presencia de lesiones perineales asociadas al proceso de parto.
4. La realización de educación maternal por parte de la madre no tiene influencia sobre la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina, ni sobre la necesidad de ingreso del recién nacido. La educación maternal se asoció con un menor riesgo de bajo peso al nacimiento. Las madres que realizaron la educación maternal iniciaron con mayor frecuencia la lactancia materna de forma precoz y mantuvieron la lactancia materna

exclusiva en mayor proporción hasta los dos meses de vida del recién nacido.

5. La valoración de la utilidad y beneficio de la educación maternal es mayor en las mujeres que participaron en el programa. Las mujeres manifestaron que durante las clases de educación maternal había que tratar temas referentes al cuidado del recién nacido, a la analgesia en el parto, a la lactancia materna, a los cuidados en el puerperio, a la legislación en materia de maternidad y a la alimentación durante el embarazo. Las mujeres estaban bastante satisfechas con el programa de educación maternal.

6. La matrona o el matrn es el profesional ms adecuado e idneo para llevar a cabo el programa de educacin maternal por la optimizacin de resultados, por la valoracin sobre la utilidad y beneficio que concedieron las mujeres a la educacin maternal y por el alto grado de satisfaccin que mostraron las mujeres con este programa.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

Aguado Taberné C, Jaramillo Martín I, Márquez García A, Pozo Muñoz F, Sierra Huerta R, Sierra Ruiz M. 2001. Perfil de las embarazadas que no acuden a un programa de educación maternal. *Med Familia (And)* 3: 239-243.

Aguayo Ortiz C I, Angulo Carrasco AM. 2008. Técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la maternidad del hospital paillaco entre septiembre de 2007 y febrero de 2008. Tesis para obtener el grado de licenciada en obstetricia y puricultura. Universidad Austral de Chile. Valdivia. Chile.

Aguilar-Vafaei ME, Bastani F, Hidarnia A, Kazemnejad A, Montgomery KS. 2006. Does relaxation education in anxious primigravid Iranian women influence adverse pregnancy outcomes?: a randomized controlled trial. *J Perinat Neonatal Nurs* 20 (2): 138-46.

Ahn HK, Nava-Ocampo AA, Han JY, Kim HH, Kim MY, Kim SH, Kim SK, Kim YJ, Ryu HM, Yang JH. 2008. Is prenatal childbirth preparation effective in decreasing adverse maternal and neonatal response to labor? A nested case-control study. *Acta Biomed* 79 (1): 18-22.

Alaghebandan R, Chaichian S, Mehdizadeh A, Roosta F. 2005. Evaluation of the impact of biryh preparation courses on the health of the mother and the newborn. *American journal of perinatology* 22 (1): 7-9.

Alberti M, Cartiglia C, Martini M, Onesti A, Rosselli R, Sticchi L. 2011. @Prevention: a website project for prevention in the healthcare setting. *J Prev Med Hyg* 52 (2): 59-63.

Albizu L, Mejías A, Goñi J. 2000. Educacion maternal y reconocimiento del inicio del parto. *ANALES del sistema sanitario de Navarra* 3 (2): 337-342 Consultado el 05/1/2011 Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/n2/enfera.html>.

Alonso L M, Caballero Uribe C V. 2010. La educación para la salud, un reto actual Salud Uninorte 26 (1): i-iii.

Alonso Lorenzo J C, López Díaz A J, Martín Rodríguez D, Martínez Suárez M, Suárez Gil P. 2000. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. Gac Sanit 15 (2): 104-110.

Alonso Sagredo L, García Mozo R.2002. Valoración materna de las medidas prenatales de promoción de la lactancia natural. Aten Primaria 29 (2): 79-83.

Alves Monteiro M A, Lima Tavares T J. 2004. A prática do grupo de gestantes na efetivação da humanização do parto. Rev RENE 5 (2): 73-78.

Andersson E, Christensson K, Hildingsson I. 2011 Parents' experiences and perceptions of group-based antenatal care in four clinics in Sweden. Midwifery Sep 16 [Epub ahead of print].

Anderson GC, Bergman N, Moore ER. 2008. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Araneda H, Cabrera C, Cabrera J, Da Costa M, Marín M, Soto C, Teuber H. 2006. Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. Rev Chil Obstet Ginecol 71 (2): 98-103.

Ariza MN, Sánchez MA.1985. Importancia de la educación maternal. Enferm Cientif 43: 9-14.

Arones Collantes M A, Melero López A, Pellicer Yborra P, Priego Correa E, Torres Martí JM, Valverde Martínez JA. 2002. Comportamiento materno durante el parto según parámetros clínicos y sociológicos de la gestación. Prog Obstet Ginecol 45 (4): 137-44.

Arroyo Cabrera LM, Delgado Becerra A, Díaz García MA, Quezada Salazar CA. 2006. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en alojamiento conjunto en una institución de tercer nivel de atención. Bol Med Hosp Infant Mex 63 (1): 31-39.

Artieta Pinedo I. 2007. Efecto de la asistencia a Educación Maternal sobre la evolución del parto. En: XI Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería. Madrid.

Artieta-Pinedo I, Bacigalupe A, Grandes G, Odriozola-Hermosilla I, Payo J, Paz-Pascual C, Remiro-Fernandez de gamboa G. 2010. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nurs Res* May-Jun 59 (3): 194-202.

Artieta Pinedo M I, Paz Pascual C. 2006. Utilidad de la educación maternal: una revisión. *Rev ROL de enfermería* 29 (12): 24-32.

Avila Fabián A C. 2004. Los desgarros vulvoperineales y sus factores de riesgo en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, durante los meses de enero-junio 2003. Tesis. Lima (Peru) Consultado el 02/01/2011 Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2004/avila_fa/pdf/avila_fa.pdf.

Baglio G, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J, Spinelli A. 2000. Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. *Ann Ist Super* 36 (4): 465-78.

Baglio G, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J, Spinelli A. 2003. Do antenatal classes benefit the mother and her baby? *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 13 (2): 94-101.

Bailey JM, Crane P, Nugent CE. 2008. Childbirth education and birth plans. *Obstet Gynecol Clin North Am* 35(3): 497-509, ix.

Baño Garnés A B, Díaz Agea J L, Martín Robles, M R. 2010. Adaptación de una sesión grupal de educación maternal antes de la semana veinte en un centro de salud rural. *Metas de enfermería* 13 (7): 16-19.

Baqueri Ozáez L, Cuenca Cuenca C, Fernández Bobadilla L, Florido Navío J, González Arlanzón MM. 1988. Mujeres preparadas con mal comportamiento en el parto. *Enferm Científ* 75: 40-44.

Barlow J, Coren E. 2004. Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. *Cochrane Database Syst Rev* (1): CD002020.

Bastos Porfírio A, Márcia Progianti J, de Oliveira M. de Souza D. 2010. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. *Rev Eletr Enf [Internet]* 12 (2): 331-6. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a16.htm>.doi: 10.5216/ree.v12i2.7087.

Basurto Hoyuelos S, Vergara Micheltorena I. 2011. Estrategias y herramientas de promoción de la salud. En: Jodar Solâ G, Marin Zurro A. *Atención familiar y salud comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes*. 1 ed Barcelona: Elsevier, 2011: 213-232.

Becerro de Bengoa Callau C. 1993. Educación maternal y beta endorfinas en plasma materno durante el parto. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/tesis/19911996/D/0/AD0085601.pdf>.

Behrman RM, Jelson N, Kliesman HB, Richard E, Robert M. *Tratado de Pediatría*. 2 Ed. Madrid: Elsevier, 2004.

Behruzi R, Fraser W, Goulet L, Hatem M, Ii M, Misago C. 2010. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy Childbirth* May 27 10:25.

Bell R, Handfield B. 1995. Do childbirth classes influence decision making about labor and postpartum issues? *Birth* 22(3): 153-60.

Benítez Sillero JD, Chulvi I, Guillén del Castillo M, Heredia JR, Isidro F, Mata F, Roig J. 2010. Prescripción del ejercicio físico durante el embarazo. *Rev Andal Med Deporte* 3(2): 68-79.

Bergström M, Kieler H, Waldenström U. 2009. Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial. *BJOG* 116 (9): 1167-76. Epub 2009 May 27.

Bergström M, Kieler H, Waldenström U. 2010. A randomised controlled multicentre trial of women's and men's satisfaction with two models of antenatal education. *Midwifery* Sep 20 [Epub ahead of print].

Bernués A, López F, Sanagustín MC, Tajada N. 1991. Educación sanitaria prenatal: características de participación en un área sanitaria. *Enferm Científ* 116: 4-6.

Bick D, da Silva FM, de Oliveira SM, Osava RH, Riesco ML, Tuesta EF. 2012. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre *J Clin Nurs* May 31. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04133.x. [Epub ahead of print].

Blanco ML, Cenjor M, Díaz J, Elena A, Fernández M, Sánchez MI, et al. 1999. Análisis de los programas utilizados por las matronas en Educación para la Maternidad en los distintos centros de la Comunidad de Madrid. *Matronas Hoy* 12 (1): 6-14.

Bogat GA, Huth-Bocks AC, Levendosky AA. 2002. The effects of domestic violence during pregnancy on maternal and infant health. *Violence Vict* 17(2): 169-185.

Brimmer DJ, Lin JM, Reeves WC, Tian H, Tumpey AJ. 2009. Web usage data as a means of evaluating public health messaging and outreach. *J Med Internet Res* 21 11(4): e52.

Bronfman-Pertzovsky MN, López-Moreno S, Magis-Rodriguez C, Moreno-Altamirano A, Rutstein S. 2003. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. *Salud Pública Mex* 6 (45): 445-454.

Brown S, Lumley J. 1993. Attenders and Nonattenders at Childbirth Education Classes in Australia: How Do They and Their Births Differ? *Rev Birth* 20 (3): 123-130.

Butz AM, Caleb L, Funkhouser A, Rosenstein BJ. 1993. Infant health care utilization predicted by pattern of prenatal care. *Pediatrics* 92: 50-4.

Cabrera Ditzel J, Cabrera Fajardo C, Casanello Toledo P, da Costa Soto M, Marín Neira A, Soto Labra C, Teuber Loaiza H. 2002. Efectos del apoyo social en nulíparas durante el embarazo y parto. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Facultad de medicina de la Universidad de Concepción. Disponible en

<http://www2.udec.cl/~depobgin/investig/invest21.htm> Consultado el 04/11/2011.

Cabrera Sanz T. 2011. Papel de los cursos de preparación maternal en la sociedad actual. En: XIV Congreso de la Asociación Española de Matronas. Madrid.

Caldero Barcia R. 1980. Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal. Conferencia. Publicación científica 858 del CLAP. Montevideo.

Calderon IM, Consonni EB, Consonni M, De Conti MH, Prevedel TTs, Rudge MV. 2010. A multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: maternal anxiety and perinatal outcomes. *Reprod Health* 29 7: 28.

Campbell J, Torres S, Ryan J, King C, Campbell DW, Stallings RY, et al. 1999. Physical and nonphysical partner abuse and other risk factors for low birth weight among full term and preterm babies: a multiethnic case-control study. *Am J Epidemiol.*; 150(7): 714-726.

Campero L, Estrada F, Hernández B, Leyva A, Morales S, Osborne J. 2007. Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un Centro de Educación para el Parto en la Ciudad de México. *Salud Pública Mex* 49: 118-125.

Campos M, Martínez M E, Pina F, Rodríguez MS, Rojas P. 1994. La planificación y la educación maternal favorecen el desarrollo del parto. *Enferm Clín* 4(5): 209-15.

Car J, Lang B, Colledge A, Ung C, Majeed A. 2011. Intervenciones para mejorar la alfabetización en salud en línea de los pacientes. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 6*. Art. No: CD007092. DOI: 10.1002/14651858.CD007092.

Carrasco Espinar R, Delgado Muñoz E, Espinaco Garrido MJ, Rodríguez Vázquez J. 2010. Evaluación de una intervención formativa en educación maternal. Prevención de grietas del pezon y mantenimiento de la lactancia materna. *Hygia* 74: 17-24.

Carroli G, Villar J, Gülmezoglu M Khan-Neelofur D, Piaggio G. 2008. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Casitas Muñoz V, Lluch Fernández C, Murillo Martínez A, Pérez Gómez D, Piñar Fernández C, Ramírez Esteban M, Rodríguez Torronteras A. 1996. Influencia de los centros de salud y la clase social en la prevalencia de la lactancia materna. *Aten Primaria* 18 (5): 253-256.

Castaño Molina M A, Carmona González I, Molina Alarcón M, Pomedá Paños S, Ruiz González B. 2007. Importancia de la estimulación intrauterina en las charlas de atención primaria. *Rev Clin Med Fam* 2 (1): 15-19.

Castillo E, Chavez C, Estevénez E, Estrada J, Fernández A, Herrera C, Praena M, Ruíz-Canela J, Sancho C, Yaque M. 2000. Factores relacionados con el inicio de la lactancia materna en nuestro medio: diferencias entre cuatro zonas básicas de salud. *Rev Pediat de Aten Prim II* (6): 55-63.

Castro Rodríguez A. 2004. Anacronismo entre el marco conceptual y la praxis: reflexiones en torno a la educación para la salud y la atención a las mujeres. *XXI Rev Educación* 6: 89-96.

Castro MI, García AM, Sueiro E, Vale F, Vazquez E. 1996. Cuidados a la mujer y a su pareja previos al parto. *Rev Rol de Enfermería* 219.

Cercas LJ, Haro AM, Maderuelo JA, Morán E, Pérez F, Valentín AB. 2006. Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo. Diferencias entre los dispositivos asistenciales. *Gac Sanit* 20 (1): 31-9.

Chalmers B, Dzikovich I, Hodnett ED, Kramer MS, Shapiro S, Sevkovskaya Z, et al. 2001. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 285(4): 413-20.

Chamorro C, Muñoz T, Pardo C. 2006. Monitorización del dolor. *Rev Med Intensiva*. 30 (8): 379-385.

Chirino OR, Newman G, Simpson KR. 2010. Patient education to reduce elective labor inductions *MCN Am J Matern Child Nurs* Jul-Aug 35(4): 188-94; quiz 195-6.

Christle J, Haller B, Halle M, Lammel C, Siegrist M. 2011. Effects of a physical education program on physical activity, fitness, and health in children: The JuvenTUM project. *Scand J Med Sci Sports* Sep 29. doi: 10.1111/j.1600-0838.2011.01387.x. [Epub ahead of print]

Conde Regueira M T, Ferri Moralez A, Martínez Bustelo S, Martínez Rodríguez A, Pita Fernández S. 2007. El programa de educación maternal en el sistema sanitario público de salud en Galicia. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*. Volumen 10 Issue 1, January: 5-11.

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2008. Buenas prácticas en atención perinatal: proyecto de humanización de la atención perinatal en Andalucía. 1ª ed. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2008.

Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. 2007. Estrategia para la atención al parto normal. 1ª ed. Santander: Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria, 2007.

Complejo Hospitalario de Jaén. 2010. Base de Datos de Registro de Nacimientos.

Correia Nogueira M F, Costa Pacheco C O, Lino Morgado C M, Simões Belém CM. 2010. Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo. *Revista Referência II Série* 12: 17-27.

Couto G R. 2006. Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. *Rev Latino-am Enfermagem* 14(2): 190-8.

Crang Svalenius EL, Molin J, Wedin K. 2010. Group antenatal care: new pedagogic method for antenatal care--a pilot study. *Midwifery* 26(4): 389-93.

Cuenca C, Florido J, Ramírez A.1981. Repercusiones obstétricas de la Educación Maternal. Rev Esp Obstet Ginecol 40 (264): 412.

Cuenca C, Fernández de Bobadilla L, Florido J, Salvatierra V.1987. Estado emocional y neuroticismo en embarazadas y resultados de la educación maternal. Toko-Gin. Práct. 46 6: 291-295.

De Cabo Laso A, Duarte Clíments G, Gamarra Lousa M, Mediavilla Marcos M. E, Sánchez Gómez M B. 2009. Cambiar hábitos ¿Educación para la Salud grupal o individual? Evidentia jul-sep 6(27). Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n27/ev2759.php>> Consultado el 4/1/2011.

De la Pisa Latorre L, Idígoras Hurtado J, Ruiz Plaza JM. 1999 Influencia de la educación maternal en la incidencia de lesiones del suelo pélvico. Estudio en el Área Sanitaria del Hospital Virgen del Rocío. Metas Enferm (19): 37-42.

Delgado Beltrán P, Melchor Marcos JC, Rodríguez-Alarcón Gómez J et al.1996. Curvas de desarrollo fetal de los recién nacidos en el Hospital de Cruces (Vizcaya). II. Longitud, perímetro e índice ponderal An Es Pediatr 44: 55-59.

Delgado Beltrán P, Melchor Marcos JC, Rodríguez-Alarcón Gómez J et al. 1996a. Curvas de desarrollo fetal de los recién nacidos en el Hospital de Cruces (Vizcaya). I .Peso An Es Pediatr 44: 50-54.

Del Pino R, Frías A, Palomino PA, Pulido A. 2007. Variables sociodemográficas que explican la participación en educación maternal. Rev Paraninfo Digital 2 Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n2/105.php>> Consultado el 5/1/2011.

Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. 2003. Protocolo de asistencia al parto y al Puerperio y de atención al recién nacido. 1ª ed. Barcelona Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya.

Devane D, Gates S, Hatem M, Sandall J, Soltani H. Atención por comadronas versus otros modelos de atención para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida).2009. En: Biblioteca Cochrane Plus Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en:

<http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue 4 Art no. CD004667. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Díaz Grávalos GJ. 2001. Factores relacionados con la práctica de educación sanitaria por los médicos de atención primaria de Galicia. *Rev Esp Salud Pública* 75: 529-540.

Dick-Read. 1933. *Natural childbirth*. Londres Ed. Heinemann

Duque Teomiro C, Gómez Cantarino S, Novillo Ayala C, Rodríguez Rojas M J, Sukkarieh Noria S, Tudela Machuca C. 2009. Información durante el embarazo: ¿de dónde la obtiene la gestante? *Parainfo digital*. Monográficos de investigación en salud. Año II. N 7. Consultado el 09/11/2011. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n7/076d.php>.

Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. 2008. Intervenciones para promover el inicio de la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). En: *La biblioteca Cochrane Plus*. Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Ehiri JE, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Meremikwu MM, Oringanje C. 2009. Intervenciones para la prevención de embarazos no deseados en adolescentes (Revisión Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue 4 Art no. CD005215. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Escott D, Slade P, Spiby H. 2009. Preparation for pain management during childbirth: the psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. *Clin Psychol Rev* 29(7): 617-22. Epub 2009 Jul 20.

Escott D, Fraser R B, Henderson B, Slade P, Spiby H. 1999. Strategies for coping with labour: does antenatal education translate into practice? *J Adv Nurs* 29 (2): 388-394.

Escribano Alfaro PM, Gutierrez Luque E, Martínez García A, Martínez García FJ, Molina Salmerón M, Sáez Blázquez R. 1996. Impacto de la Educación Maternal, vivencia subjetiva materna y evolución del parto. *Rev Enfermería*. 6: 20-29.

Escuriet Peiró R, Martínez Figueroa L. 2004. Problemas de salud y motivos de preocupación percibidos por las puérperas antes del alta hospitalaria. *Matronas Prof.* 5 (15): 30-35.

Espinaco Garrido MJ, Román Oliver J, Ruiz Plaza JM. 1997. Influencia de la educación maternal sobre la actitud de la parturienta. *Hygia* 35: 11-15.

Estevez González MD, García Villanueva E, Martell Cebrián D, Medina Santana R, Saavedra Santana P. 2002. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Esp Pediatr* 56: 144-150.

Fabian HM, Rådestad IJ, Waldenström U. 2004. Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery* Sep 20 (3): 226-35.

Fabian HM, Radestad IJ, Waldenström U. 2005. Childbirth and parenthood education classes in Sweden. 2005. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand* 84 (5): 436-43.

Fabian HM, Rådestad IJ, Waldenström U. 2006. Characteristics of primiparous women who are not reached by parental education classes after childbirth in Sweden. *Acta Paediatr Nov* 95 (11): 1360-9.

Fajardo M C, Florido J, Gonzalez-Escañuela E, Gonzalez-Gomez F, Oltras C, Villaverde C Y. 1997. Plasma concentrations of beta-endorphin and ACTH in women with and without childbirth preparation. *Eurp J Obstet Gynecol Reprod Biol* 73: 121-125.

Federación de Asociaciones de Matronas de España .2007 Documento de consenso. Iniciativa parto normal. 1ª ed. Barcelona: FAME, 2007.

Fernández Cano E, Martínez Martínez L, Sánchez Fernández F, Torres Díaz A. 2001. Opinión de madres sobre el programa posparto. *Matronas Prof* 2(3): 38-42.

Fernández Idiago M. 2009. Impacto de los programas de educación maternal Análisis del uso del servicio hospitalario de urgencias obstétricas. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Master* 1 (2): 383-399.

Fernández Varela JM, González Figueras R, Landesa García C, Pereiro Bangueses A. 2001. Influencia de los programas de preparación al parto en la elección y mantenimiento de la lactancia materna. *Matronas Prof* 2(5): 40-44.

Florido Navio J. 1980. "Influencia de la taquipnea y de la respiración superficial asociada a oxígeno sobre el equilibrio ácido base materno fetal". *Actas de la III Reunión Internacional de Psicoprofilaxis Obstétrica*. 153-156.

Formación Médica Continuada Atención Primaria. 2000. Educación Maternal. *Form Med Contin Aten Prim*. 07: 30-1 Vol 07 núm Protocolo_4.

Formación Médica Continuada Atención Primaria. 2011. Educación Maternal. *Form Med Contin Aten Prim* 18: 34-5 Vol 18 núm Protocolo_3.

Friedman SH, Heneghan A, Rosenthal M. 2009. Characteristics of women who do not seek prenatal care and implications for prevention. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 38(2): 174-81.

Friedman SH, Heneghan A, Rosenthal M. 2009a. Disposition and health outcomes among infants born to mothers with no prenatal care. *Child Abuse Negl* 33(2): 116-22. Epub Mar 9.

Fuentes Almendras A, Garrido Morales P, Prat Marín a, Salleras Sanmartí L. 2008 Educación sanitaria. Conceptos y métodos En: Cueto Espinar A et al Piedrola Gil. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 11 ed. Barcelona: ElsevierMasson, 2008: 265-287.

Gagnon AJ, Sandall J. Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos (Revisión Cochrane traducida).2008. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Gallardo Diez Y, Sánchez Perruca M I. 2007. Opinión de las matronas de los centros de atención primaria de Madrid sobre la evolución de los programas de educación maternal. *Matronas Prof* 8 (1): 5-11.

Gálvez i Ladó M, García i Riesco P, Goberna i Tricas J. 1996. Evaluación de la calidad de la atención prenatal. *Aten Primaria* 18: 75-76.

García-Calvente M M, Maroto-Navarro G, Mateo-Rodríguez I. 2004. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gac Sanit* 18 supl 2: 13-23 [revista en la Internet]. [Citado 2011 Ene 02]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500004&lng=es.

García del Campo L. 2003. Ensayo clínico controlado sobre el efecto de la psicoprofilaxis obstétrica en la incidencia de la depresión postparto *Nure Investigación*, nº 0, Noviembre Disponible en: Consultado el 11-10-2011

Garrido Fernández MI, Guillén Rodríguez M, Sánchez Ramos JL, Toscano Márquez T. 1999. Educación Maternal en Atención Primaria. Eficacia, utilidad y satisfacción de las embarazadas. *Rev Atención Primaria* 24 (2): 66-74.

García Garcia J, Gil González D, Hernández Martínez A, Lorenzo Díaz M, Pardo Serrano C. 2008. Diferencias obstétricas y neonatales entre mujeres autóctonas e inmigrantes. *Prog Obstet Ginecol* 51(2): 53-62.

García Ramiro P A, Linares Abad M, Linares Abad M, Moral Gutiérrez I, Sáez Monzón E. 2003. Consecuencias del embarazo en la mujer primigesta. Una aproximación psicológica y socio-cultural desde la educación maternal. *Rev de Enfermería* 16: 11-17.

Garijo Romero CM, Nicolás Viguera MD, Soto Herrero V, Valcárcel Caballero C. 2004. Satisfacción materna en el parto tras la intervención educativa al padre. *Evidentia* 1(3) Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n3/73articulo.php>[ISSN:1697-638X]. Consultado el 11-11-2011.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut 2009. Educación maternal: preparación para el nacimiento. 1ª ed. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, 2009.

Generalitat Valenciana Conselleria de Sanitat 2004. La aventura de ser padres. Guía para la educación grupal en el embarazo, parto y puerperio. 1ª ed. Valencia: Generalitat Valenciana Conselleria de Sanitat, 2004.

Goberna i Tricas J. 1997. Educación maternal. Aceptación por parte de la mujer embarazada. *Enferm Clínica* 7(6): 263-267.

Gómez Moreno C. 2001. Metodología didáctica en educación para la salud. *Matronas Prof* 2(5): 4-9.

Grimes DA, Hiller JE, Lopez LM. 2010. Educación de las mujeres después del parto en el uso de los anticonceptivos (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus, Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue 1 Art no. CD001863. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

Grimshaw J, Hill S, Kaufman, Lowe D, Ryan R, Santesso N. 2011. Intervenciones orientadas a los consumidores para el uso de medicamentos y prescripciones basado en la evidencia: un resumen de revisiones sistemáticas. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 5*. Art. No.: CD007768. DOI: 10.1002/14651858.CD007768

Gruen RL, Khunpradit S, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Tavender E, Wasiak J. 2011. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev Jun 15 (6)*: CD005528.

Gunnell D, Martin RM, Middleton N, Owen CG, Smith GD. 2005. Breast-feeding and cancer: the Boyd Orr cohort and a systematic review with meta-analysis. *J Natl Cancer Inst Oct 5 97(19)*: 1446-57.

Gyte GML, Hofmeyr GJ, Kingdon C, Lavender T, Neilson JP. 2008. Cesárea por razones no médicas para el embarazo a término (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Hauck Y, Malata A, McCaul K, Monterosso L. 2007. Development and evaluation of a childbirth education programme for Malawian women. *J Adv Nurs* 60(1): 67-78.

Hildingsson I, Rådestad I, Waldenström U. 2002. Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content. *Acta Obstet Gynecol Scand* 81(2): 118-25.

Herrera B, Gálvez A. 2004. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en la evidencias. *Prog Obstet Ginecol* 47 (9): 414-422.

Homer CS, Leap N, Rising SS, Teate A. 2011. Women's experiences of group antenatal care in Australia--the CenteringPregnancy Pilot Study. *Midwifery* 27(2): 138-45. Epub Apr 21.

Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda. 2010. Base de Datos de Registro de Nacimientos.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. 2010. Base de Datos de Registro de Nacimientos.

Hodnett E, Lauzon L. 2008. Educación prenatal para el autodiagnóstico del inicio del trabajo de parto activo a término (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Instituto Nacional de Estadística. 2008. Movimiento Natural de la Población. Partos 2008. Consultado el 04/1/2011 Disponible: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

Ip WY, Goggins WB, Tang CS. 2009. An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *J Clin Nurs* 18(15): 2125-35.

ISDIN. 2004. Educación sanitaria para la maternidad. Programa de Educación Maternal. 1ª ed. Barcelona: Ed Mayo, 2004.

Jiménez Gómez F, Merino Barragán V, Sánchez Crespo G. 1992. Efectividad de la psicoprofilaxis obstetrica; Una experiencia en la provincia

y ciudad de Zamora. En: I Congreso Iberoamericano de Psicología. Madrid. Disponible en: <http://gredos2.usal.es/jspui/handle/10366/22565>

Jiménez Franco F, Vázquez Valverde C. 2003. Depresión y Manía. En Bulbuena Vilarrasa A, Berrios G E, Fernández de Larrinoa Palacios P. Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología 1ª ed. Barcelona: Masson, 2003: 255-308.

Montazeri A. 1997. Social marketing: a tool not a solution. J R Soc Health 117(2): 115-8.

Jiménez R, Quero J. 2008. Patología respiratoria del recién nacido (neumopatías neonatales). En Brines J et al. M. Cruz Manual de pediatría. 2ª ed. Majadahonda: Editorial ergon, 2008: 68-73.

Junta de Andalucía. 2005. La lactancia materna en Andalucía. Consejería de Salud. 1 ed. Sevilla: Consejería de Salud, 2005.

Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2005. Proceso Asistencial Integrado Embarazo, Parto y Puerperio. 2ed. Sevilla: Consejería de Salud, 2005.

Khan-Neelofur D, Villar J. 2000. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2(2): CD000934.

Lamaze, F. 1967 Qué es el parto sin dolor por el método psicoprofiláctico: sus principios, su realización, sus resultados. 1ª ed. Madrid: Ed Aguilar. 1967.

Linares M, Moral I. 1992. Motivaciones que acercan a las embarazadas a la educación maternal. Enf Cientif 129: 31-34.

López Eslava I, Morilla Bernal A F, Morilla Bernal M; Ortega Peinado M. 2008. ¿Influye la educación maternal (E.M.) en la salud materno infantil? Rev Paraninfo Digital 5. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n5/p114.php>> Consultado el 5/11/2011.

López Eslava I. Morilla Bernal, AF Morilla Bernal, M; Ortega Peinado, M; 2009. La educación maternal ¿es un factor determinante en la salud materno infantil? Evidentia. 6(27). Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n27/ev2719.php>> Consultado el 5/1/2011.

López Santos V. 2008. Marco Conceptual de educación para la salud En: Frias Osuna A. Salud Pública y Educación para la Salud. 3ed. Barcelona: Masson, 2008: 341-353.

Martín Zurro A. 2010. Atención primaria de salud. En: Cano Pérez J F, Marin Zurro A. Compendio de Atención Primaria. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 3 ed Barcelona: Elsevier, 2010: 3-10.

Martínez Cañavate T, Reyes Ruiz C, Sevilla García E. 2001. Grupos de Educación Maternal. Rev Aten Primaria 6 (6): 168-172.

Mateo J. Principales técnicas de relajación. 2002. Rev ROL de Enfermería 25 (11): 730-732.

Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005. Agencia de Calidad del SNS. Instituto de Información Sanitaria. Estudio Piloto, Indicadores Clave, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007 Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. 1ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. 1ª ed. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2010.

Ministerio de Trabajo e Inmigración. 1999. Ley ordinaria LEY 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras BOE n. 266 6-10-1999 Consultado el 03/12/2011 Disponible en: http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnnextoid=05528db2212b5110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD&vgnnextchannel=ff3cc6b33a9f1110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD&nodoSel=a39b369962f79110VgnVCM100000d02350a___&tab=tabConsultaIndice .

Moreno Peña P, Muñoz Cobos F, Ortega Fraile I, Peláez Gálvez E. 1997. Factores asociados a la participación de la embarazada en las

actividades de educación maternal en un centro de salud. *Aten Primaria* 20(8): 440-3.

Organización Mundial de la Salud. 1985. *Tecnologías de parto apropiadas*. Ginebra. OMS.

Organización Mundial de la Salud. 1986. *Having a baby in Europe, report on a study*. *Public Health Rev* 14 (3-4): 255-383.

Organización Mundial de la Salud. 1999. *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Grupo técnico de trabajo de la Organización Mundial de la Salud. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra

Organización Mundial de la Salud. 2009 *Mortalidad Materna. Reducir los riesgos del embarazo*. Disponible en: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality/es/index.html Consultado el 24/03/2009.

Paulí Cabezas Á. 2005 *La conducción de grupos en educación para la salud*. *Matronas Prof* 6(1): 23-29.

Pérez Gómez MM. 2006. *Preparación para la maternidad*. *Inquietudes XII* (35): 4-9.

Resende Carvalho S. 2008. *Promoción de la salud, “empowerment” y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria*. *Salud colectiva* 4 (003): 335-347.

Reyes Hoyos LM. 2004. *Psicoprofilaxis Obstétrica Asociado a Beneficios Materno-Perinatales en Primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal Enero-Diciembre 2002*. Tesis. Lima (Peru) Consultado el 30/12/2010. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2004/reyes_hl/html/index-frames.html.

Rossie D, Visger JM, Walker DS. 2009. *Contemporary childbirth education models*. *J Midwifery Womens Health* 54 (6): 469-76.

Sánchez Perruca M I. 2001. *Objetivos Educativos en Educación para la Salud*. *Matronas Prof* 2(3): 23-8.

Santiago Alvarado A, Vidal Polo P. 2004. Factores asociados a la participación activa en sala de partos de la parturienta con psicoprofilaxis obstétrica. Tesis. Lima (Perú) Consultado el 03/1/2011 Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2004/vidal_pp/html/sdx/vidal_pp-TH.7.html.

Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Distrito Sanitario Jaén Nordeste 2011. Manual de educación maternal. 1ª ed. Sevilla: Consejería de Salud Junta de Andalucía, 2011.

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Gerencia de Atención Primaria de Albacete 2011. Educación para la maternidad y la paternidad. Guía de educación para la salud. 1ª ed. Albacete: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, 2011.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.2004. Definiciones perinatológicas. Madrid: SEGO.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia .2006. Protocolo de analgesia en el parto. Madrid.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia 2007. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Madrid.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.2002. Protocolo de Asistencia Prenatal al Embarazo. Disponible en: <http://www.prosego.com/index.php?option=content&task=view&id=21&Itemid=141> Consultado el 10/02/2010

U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. 2010. Disponible en: http://www.cdc.gov/nchs/healthy_people.htm Consultado el 18/11/2011.

Villar Villegas R. 2007. Factors associated with the use of obstetrical psycho-prophylaxis in puerperals in the south of Lima- 2005. Rev Per Obst Enf 3(2): 82-85.

Vanagas T, Vanagiene V, Zilaitiene B. 2009. Do the quality of health care services provided at personal health care institutions of Kaunas city and

access to it meet expectations of pregnant women. *Medicina (Kaunas)* 45(8): 652-9.

WHO. 2002. *Infant and young child nutrition*. World Health Organization. En: Fifty-Fifth World Health Assembly. Geneva, Switzerland.

WHO 2003. *Nutrition data banks, global data bank on breastfeeding*. World Health Organization. www.who.int/nut/db_bfd.htm. Updated 9 April 2003 (consultado el 25 de mayo de 2010).

ANEXOS

***Anexo 1. ESQUEMA DE UN PROGRAMA DE
EDUCACIÓN MATERNAL.***

Anexos

Anexo 1. ESQUEMA DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN MATERNAL

SESIÓN RELAJACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Permitir a las gestantes conocer las técnicas de relajación y la comprensión de las ventajas del entrenamiento.

Sensibilizar y motivar a las gestantes que formen el grupo de preparación a la maternidad para que practiquen técnicas de relajación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los conocimientos y necesidades del grupo respecto a las técnicas de relajación
- Facilitar a las gestantes el aprendizaje consciente de las técnicas de relajación y sus diferentes etapas.
- Especificar los objetivos de las técnicas de relajación y su relación con el embarazo-parto y puerperio para facilitar la comprensión de su utilidad.
- Proporcionar elementos de ayuda que permitan el aprendizaje de la técnica.
- Capacitar a las gestantes para autodirigirse una técnica de relajación.
- Percibir los cambios experimentados en la vida cotidiana si se practican técnicas de relajación.

CONTENIDOS

-Significado de la relajación. Concepto.

- Relaciones entre el tono muscular-emocional-respiratorio.
- Diferencias entre tensión y relajación.
- Objetivos de las técnicas de relajación.
- Importancia de la respiración.
- Características de las técnicas de relajación. Principios de la relajación sofrológica.
- Descripción de las diferentes etapas de una técnica de relajación sofrológica: revisión del esquema corporal, utilización del lenguaje del cuerpo (peso, calor, latido cardiaco...).
- Utilidad de las técnicas de relajación en la preparación a la maternidad.
- Utilidad de las técnicas de relajación para la vida diaria.

METODOLOGÍA

- Sesión expositiva: breve exposición teórica.
- Dinámica de grupo: preguntas abiertas al grupo sobre posibles conocimientos anteriores de técnicas de relajación.
- Entrenamiento de una técnica de relajación:
 - 1-2-3-... sesión: técnica de sofronización simple con activación intrasofrónica de la técnica de Schulz.
 - 3-4-... sesión: técnica de sofoaceptación progresiva.
 - 5-6-... sesión: técnica de activación intrasofrónica de la gimnasia.
 - 7-8-9-... sesión: relajación dinámica de Caicedo. Adaptación a la gestante. Ejercicios de I-II grado y postura de III grado.

RECURSOS

Audiovisuales

Pizarra, retroproyector y transparencias

Materiales

Colchonetas y cuñas

EVALUACIÓN

- Participación de las gestantes en las preguntas y expresión de necesidades.
- Diálogo postrelajación: percepción de la técnica de relajación entrenada, descripción de sensaciones.
- Expresión de bienestar y tranquilidad después del entrenamiento

SESIÓN CAMBIOS PSICOLÓGICOS Y FÍSICOS EN EL EMBARAZO

OBJETIVO GENERAL

Conseguir que la mujer, o la mujer y su pareja, afronten satisfactoriamente la adaptación física y psicosocial durante la gestación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Al finalizar la sesión, la mujer, o la mujer y su pareja, serán capaces de:

- Satisfacer por sí mismos las necesidades como consecuencia de los cambios fisiológicos en la mujer.
- Conocer las actuaciones sanitarias durante este periodo.
- Identificar órganos que intervienen en la gestación.
- Explicar las modificaciones físicas durante la gestación.
- Reconocer los signos y síntomas de riesgo.
- Reforzar la autoestima.

- Disminuir la ansiedad que le genere su embarazo.
- Obtener seguridad e independencia ante situaciones desestabilizadoras.
- Describir los cambios emocionales y psicológicos que ocurren comúnmente en la mujer y su pareja durante la gestación.
- Explicar y reconocer en sí mismos las manifestaciones físicas de la tensión.
- Describir comportamientos adecuados ante situaciones de estrés.

CONTENIDOS

- Etapas en los cambios psicológicos: primer trimestre, segundo trimestre, tercer trimestre.
- Adaptación física y psicológica a la gestación.
- Cambios físicos en la mujer gestante: aparato reproductor.
- Modificaciones generales.
- Signos y síntomas normales y de riesgo.

METODOLOGÍA

- Sesión expositiva.
- Discusiones en grupo.
- Rol playing.
- Tormenta de ideas: preocupaciones generadas por los cambios durante la gestación, por ejemplo perder la figura, la aparición de estrías, pechos flácidos, manchas en la piel, que mi pareja no me entienda, compartir el cariño, no poder viajar como antes, no rendir en el trabajo como antes... Relacionar los cambios corporales que percibe la mujer con las modificaciones fisiológicas; para ello partiremos de sus propias percepciones mediante la elaboración de un listado de signos y síntomas, obtenidos mediante un «torbellino de ideas», completando nosotras aquellos aspectos que no hayan sido expresados por las componentes del grupo.

-Resolución de casos:

A continuación se exponen dos ejemplos de casos.

Caso 1

Primigesta de 25 años, con pareja estable; trabaja de agente de seguros; 30 semanas de gestación. Nivel sociocultural medio. Escenifica la vivencia de los movimientos fetales con preocupación y miedo, le resulta desagradable; está muy ansiosa y consulta porque la noche anterior no paraba de moverse y le dolía el costado izquierdo. No podía dormir y tenía que ir a trabajar; este embarazo le está resultando muy distinto a lo que le había comentado su hermana.

Caso 2

Primigesta, embarazo gemelar tras estimulación ovárica, con pareja estable; trabaja de dependienta en una zapatería; 30 semanas de gestación. Nivel sociocultural medio. Escenifica la vivencia de los movimientos fetales de manera positiva, se acaricia continuamente la barriga y se dirige a los fetos por su nombre, María y Carlos; cuanto más se mueven más feliz se siente, está muy ilusionada, y a pesar de ser gemelos y de no tener familia, ya tienen organizado cómo cuidar de los bebés con la ayuda de unos amigos y dos asistentes. Siente molestias en la ingle, se le hinchan las piernas, no aparecieron varices, usa medias de compresión fuerte, se encuentra cansada.

A partir de los casos 1 y 2 se pretende poner de manifiesto la adaptación psicológica positiva a los cambios físicos del estado de gestación, comparando el caso 2 de la embarazada de gemelos, frente al caso 1, que muestra una falta de adaptación psicológica a los cambios físicos.

RECURSOS AUDIOVISUALES

Ordenador/CD/DVD.

Retroproyector y transparencias.

Proyector de diapositivas y diapositivas.

EVALUACIÓN

Consideramos el objetivo cubierto si:

- Se genera participación en las actividades.
- El grupo verbaliza sus temores respecto a los cambios producidos durante la gestación.
- Se describen los principales cambios físicos y psicológicos.

SESIÓN LEGISLACIÓN SOBRE MATERNIDAD

OBJETIVO GENERAL

Que los futuros padres conozcan las prestaciones sociales que pueden disfrutar en concepto de subsidio por maternidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Al finalizar la sesión los padres serán capaces de:

- Identificar las prestaciones que ofrece el sistema sanitario español por maternidad.
- Conocer las asignaciones económicas que se otorgan por nacimiento y por la adopción de un hijo.
- Conocer las prestaciones que otorga el subsidio por maternidad tanto a la madre como al padre.
- Conocer las prestaciones que se otorgan en el caso de la adopción de un hijo.
- Identificar los requisitos que se precisan para disfrutar del subsidio.

- Describir las características de la excedencia laboral, el permiso por lactancia y la reducción de jornada por motivo de maternidad.
- Identificar las propuestas legislativas para solventar situaciones laborales que pueden devengar en riesgo en el embarazo y/o en la lactancia.

CONTENIDOS

-Subsidio por maternidad:

-Prestaciones en especie

-Asignación por nacimiento

-Licencia por maternidad

Adopción

Acogida familiar

Requisitos o Extinción voluntaria

-Derecho al trabajo durante la maternidad:

-Excedencia

-Permiso de lactancia

-Reducción de jornada

-Prevención de riesgos durante el embarazo y la lactancia

METODOLOGÍA

-Sesión expositiva

-Debate en grupo

RECURSOS AUDIOVISUALES

Ordenador/DVD/CD

Retroproyector y transparencias

EVALUACIÓN

Se considerará el objetivo cubierto si:

- Se genera participación en el debate.
- Los participantes expresan sus dudas e identifican su situación particular.

SESIÓN DESARROLLO Y CRECIMIENTO FETAL

OBJETIVO GENERAL

Aportar a la matrona una herramienta de trabajo que le sea de utilidad teórico-práctica para llevar a cabo una sesión grupal dentro del marco de la educación a los padres sobre el desarrollo y crecimiento fetal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las distintas etapas del desarrollo fetal humano.
- Identificar aquellos factores físicos, biológicos, químicos, psicológicos, sociales, etc., que favorezcan o afecten al buen crecimiento y desarrollo normal del feto.
- Conocer las diferentes formas de estimulación prenatal así como las condiciones para su aplicación.
- Establecer las bases para potenciar y fortalecer la comunicación y el vínculo afectivo entre los padres y el hijo no nacido.
- Crear una actitud positiva, activa y participativa de los padres ante la vivencia del embarazo, parto, puerperio y crianza.
- Fomentar la participación del grupo y la reflexión.

CONTENIDOS

- Determinación de la edad de gestación.
- Periodos intrauterinos: periodo de fecundación e implantación, periodo embrionario y periodo fetal.
- Circulación fetal.
- Factores que influyen en el desarrollo embrionario y fetal.
- La placenta.
- Gemelaridad.
- Membranas ovulares.
- Líquido amniótico.

METODOLOGÍA

- Sesión expositiva.
- Se utilizará una metodología bidireccional y participativa. La estimulación prenatal está contemplada de manera transversal a lo largo de toda la exposición, y se establece la indicada para cada periodo.

RECURSOS

Recursos audiovisuales

Ordenador/CD/DVD.

Proyector de diapositivas u ordenador con cañón para la presentación de las diapositivas.

Televisión y vídeo.

Recursos materiales

Aula con pantalla para proyección.

Programa informático PowerPoint.

TEMPORIZACIÓN

Introducción (5 min)	Exponer el desarrollo de la sesión
Exposición teórica (40 min)	<p>Determinación de la edad de gestación</p> <p>Periodos intrauterinos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periodo de fecundación e implantación • Periodo embrionario • Periodo fetal <p>Circulación fetal</p> <p>Factores que influyen en el desarrollo embrionario y fetal</p> <p>La placenta</p> <p>Gemelaridad</p> <p>Membranas ovulares</p> <p>Líquido amniótico</p>
Puesta en común (15 min)	Dudas, preguntas, reflexiones, experiencias

EVALUACIÓN

-Asistencia.

-Interés suscitado por el tema de la sesión: número de preguntas formuladas.

-Participación: experiencias relatadas, número de personas que participan.

SESIÓN CONTROL PRENATAL

OBJETIVO GENERAL

Lograr que la mujer o la mujer y su pareja conozcan los objetivos de la consulta prenatal, dirigidos a disminuir la morbimortalidad maternoperinatal, elevando el nivel de salud de la población gestante e infantil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

La mujer/pareja debería ser capaz de:

- Realizar un correcto control de la gestación.
- Conocer las actuaciones sanitarias y pruebas estandarizadas que se efectúan durante la gestación.
- Identificar las distintas pruebas específicas que pueden ser requeridas en casos especiales.
- Verbalizar las dudas y preocupaciones generadas por las reiteradas pruebas y exploraciones.
- Vivenciar la gestación como un proceso fisiológico a pesar de la medicalización.
- Afrontar con una actitud favorable la gestación.

CONTENIDOS

- El embarazo como un proceso fisiológico.
- Planificación del embarazo y del inicio precoz del control prenatal. - Control prenatal.
- Importancia y repercusión de la historia clínica.
- Acciones y pruebas que se realizan para el control prenatal.
- Diagnóstico prenatal.

-Técnicas de diagnóstico prenatal. Indicaciones, valor diagnóstico, riesgos y toma de decisiones.

METODOLOGÍA

-Sesión expositiva

-Torbellino de ideas: actitudes y conocimientos del grupo respecto al control prenatal.

-Trabajo en grupo:

El grupo expresa sus experiencias, creencias o conocimientos sobre distintos aspectos del tema a tratar (de 2 a 5). Por ejemplo:

*¿Cuándo considerasteis la necesidad de acudir a la consulta prenatal?

* En la primera visita con la matrona, ¿qué expectativas teníais y cuál fue vuestra impresión?

* ¿Qué pruebas creéis que os van a realizar y cuál o cuáles consideráis más importantes?

* ¿Cuántas ecografías creéis que se efectuarán durante el embarazo?

RECURSOS

Recursos audiovisuales

Ordenador/CD/DVD.

Transparencias.

Diapositivas.

Cañón para Power-point.

Recursos materiales

Aula.

Rotafolios o pizarra.

Rotuladores y tizas.

Retroproyector o proyector de diapositivas.

Pantalla.

Fotocopias con cuestionarios de evaluación.

Folios y bolígrafos.

EVALUACIÓN

-Observación de la participación del grupo.

-Al finalizar la sesión se solicitará al grupo que responda algunas cuestiones de manera sencilla como por ejemplo:

- La necesidad de los controles prenatales.

-Explicar, de forma sencilla, las exploraciones que se efectúan para el control prenatal.

-Describir la utilidad de los tres controles ecográficos.

-Identificar algunos de los factores de riesgo que indican la realización de pruebas diagnósticas especiales.

-Transmitir la comprensión de la importancia de adquirir hábitos de vida saludables.

SESIÓN NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN EN EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA

OBJETIVO GENERAL

Que las gestantes del grupo sean capaces de adquirir conocimientos básicos sobre alimentación y nutrición.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Se pretende que la gestante:

- Conozca los conceptos básicos relacionados con la nutrición.
- Valore la importancia de la alimentación equilibrada.
- Identifique las necesidades específicas durante el embarazo y la lactancia.
- Incorpore en su vida cotidiana formas sanas de cocinar.
- Planifique la alimentación en función de las necesidades cambiantes durante las diferentes etapas de la vida.

CONTENIDOS

- Nutrición, salud y alimentación.
- Nutrientes: principios inmediatos, concepto y funciones.
- Concepto de metabolismo, necesidades energéticas, reparto energético entre nutrientes.
- Grupos de alimentos.
- Alimentación equilibrada, concepto de ración.
- Necesidades nutritivas en el embarazo y la lactancia.
- Recomendaciones. Consejos prácticos en la cocina. Controversia: acceso libre a la comida y la bebida en el parto/restricción de alimentación y líquidos durante el trabajo de parto.

METODOLOGÍA

Sesión expositiva con soporte audiovisual.

Trabajo grupal

- Método del caso

Se propondrá a cada grupo la elaboración de un menú de un día a partir de unos alimentos dados (por ejemplo, «abrimos el frigorífico y tenemos...»); posteriormente, cada miembro del grupo escribirá en una

ficha la dieta del día anterior y analizará individualmente las diferencias y los ajustes que crea convenientes hacer. Exposición conjunta de los menús realizados en grupo.

-Grupos de discusión

Ventajas e inconvenientes que tiene para ellas la restricción de alimentos y bebidas durante el trabajo de parto.

-Torbellino de ideas

Formas de cocinar, experiencias personales, consejos culinarios, trucos, recetas divertidas.

Para presentar en la sesión siguiente se propondrá la elaboración de una dieta de una semana que se ajuste a las necesidades de la gestante, a los postulados de la alimentación equilibrada y extensible a todos los miembros de la familia; se propiciará el intercambio de estos menús y de las recetas entre las participantes del grupo.

RECURSOS

Recursos audiovisuales

Retroproyector y transparencias.

Proyector de diapositivas y diapositivas.

Ordenador/CD/DVD

Recursos materiales

Papel, bolígrafos, rotuladores de diferentes colores.

Folletos informativos y fotocopias.

Imágenes impresas que puedan ser manipuladas como un puzzle y/o juguetes que representen alimentos.

EVALUACIÓN

Se considera el objetivo cubierto si:

-Se genera participación en las actividades.

- La mayoría de las participantes elaboran el menú semanal.
- Se produce comunicación y relación interpersonal en el intercambio de menús, recetas e ideas...
- Se generan sugerencias y reflexiones sobre el tema, y la significación que tiene dentro del ámbito familiar y comunitario en relación con la educación para la salud.

SESIÓN PARTO

OBJETIVO GENERAL

Identificar los periodos del parto y las emociones que lo acompañan para poder sentir, conscientemente, el protagonismo activo de este proceso.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Que la gestante:

- Conozca los tres periodos del parto.
- Identifique las distintas maneras de inicio del parto.
- Conozca la evolución de los diferentes periodos del parto.
- Expresa y comparte emociones que le genera la situación del parto.
- Incluya a su pareja en el proceso del parto.
- Valore el momento de acudir al hospital.
- Identifique los signos de alarma.
- Controle las contracciones uterinas.

- Conozca las pruebas y exploraciones frecuentes durante el trabajo de parto.
- Identifique las diferentes posibilidades de analgesia obstétrica.
- Practique diferentes posturas para la administración de anestesia epidural.
- Pueda relacionar las técnicas de control corporal con cada periodo del parto.
- Practique diferentes posturas durante el trabajo de parto.
- Conozca el medio hospitalario donde tendrá lugar su parto.
- Conozca la utilidad de los instrumentos utilizados en obstetricia.
- Conozca las primeras atenciones al recién nacido en la sala de partos.
- Valore las alternativas al parto hospitalario.

CONTENIDOS

- El parto. Sus periodos.
- Pródromos del parto.
- Signos y síntomas que indican el inicio del parto.
- Cuándo acudir al hospital
- Identificación y control de las contracciones.
- Trabajo corporal y respiratorio en cada momento del parto.
- Signos de alarma.
- La pareja durante el trabajo de parto.
- Atención al recién nacido en la sala de partos.
- Aspectos emocionales que pueden acompañar al parto.
- Analgesia y anestesia obstétrica.
- Inducción artificial al parto.

- Ayuda instrumental al parto.
- Ayuda quirúrgica al parto.
- Alternativas al parto en el hospital.

METODOLOGÍA

Sesiones expositivas con soporte audiovisual.

Trabajo grupal

(Se incluirán siempre en las «ruedas» a las parejas que participan en la sesión)

- Tormenta de ideas

Una palabra con la que expresen sus sentimientos hacia el parto.

*Conocimientos respecto al parto:

-Se solicitará a los componentes del grupo que expliquen cómo empezaron sus partos anteriores; si son nulíparas, pueden explicar si conocen la experiencia por algún familiar o amiga.

-Se pedirá a las participantes que tienen hijos que relaten su anterior experiencia en la evolución del parto.

*Conocimientos y deseos de analgesia:

-Se solicitará a los componentes del grupo que expresen su preferencia y los motivos sobre el tipo de analgesia durante el parto.

-Posteriormente se comentarán las ventajas e inconvenientes.

-Mitos, temores y mensajes culturales:

-Se pedirá a las participantes que hagan referencia a algún «mito», temor o «mensaje cultural» que hayan escuchado en relación con el parto. Se pueden tratar también los mitos y temores sobre partos por cesárea o instrumentados.

- Rol playing

(En función del momento del parto que se desee trabajar, se buscará un marco específico y también los personajes que intervienen en cada escena)

Se pedirán voluntarias/os para dramatizar una escena del parto. Ejemplos:

-Inicio del parto. Actores: partera, pareja, hijo mayor, abuela. (Mensaje inicial: crees que ha llegado el momento del parto. Podéis desarrollar la historia.)

-Llegada al hospital. Actores: partera, pareja, abuela, comadrona, celador, otro personal del hospital. (Mensaje inicial: acudes al hospital ya que consideras que se ha iniciado el proceso de parto. Imagina tu historia a tu llegada al hospital.)

-Periodo expulsivo. Actores: partera, pareja, comadrona, anestesista, recién nacido (muñeco), otro personal del hospital. (Mensaje inicial: llega el momento en que tu hijo va a nacer, imagina tu historia.)

-Relajación vivencial

Durante la relajación aproximamos a la gestante y a su pareja a una escena de los momentos del parto, bien puede ser el inicio, o dilatación, expulsivo, primer contacto con su hijo, etc.

Al acabar los ejercicios de relajación se comentan las emociones sentidas.

Se puede aprovechar el momento de relajación para aplicar las diferentes técnicas de respiración según el momento del parto que se está vivenciando.

-Ejercicio en parejas

Cada gestante anotará en un papel lo que le «pide» a su pareja durante el trabajo de parto

A su vez, cada pareja anotará en un papel lo que le gustaría ofrecer a su mujer en el momento del parto.

Posteriormente, la matrona recogerá los papeles y los leerá en voz alta. Se comentarán coincidencias y diferencias. Se puede iniciar una discusión.

-Cuestionarios

¿Cómo puede empezar tu parto?

¿Cómo sabrás que tienes contracciones?

¿Qué debes registrar cuando empiecen las contracciones?

¿Qué significa si notas contracciones durante 2 horas, y luego se te pasan?

Si es tu primer parto y tienes contracciones, ¿cuándo acudirías al hospital?

Si observas una mancha de flujo en tu compresa, ¿acudirías al hospital?

¿Cómo notarás que has roto aguas?

Si has roto aguas, ¿en qué te fijarás respecto al color?

¿En qué momento realizarás pujos?

¿Cuándo saldrá la placenta?

Cuando haya nacido tu hijo, ¿qué atenciones recibirá en la sala de partos?

¿Cómo te gustaría que fuera tu parto? ¿Qué tipo de analgesia deseas?

-Visita al hospital de referencia

Se puede organizar una visita al hospital de referencia donde las gestantes hayan decidido tener su parto. Pueden acudir con sus parejas o con la persona que las va a acompañar durante su parto.

El grupo irá acompañado de la matrona responsable del programa de educación maternal. Se debe pactar con las supervisoras de sala de partos y hospitalización obstétrica la tutela de la visita.

El objetivo es conocer los circuitos de ingreso por urgencias, el espacio físico, ambiente y personal de la sala de partos y maternidad, con el fin de ser un espacio «menos desconocido» el día que ingrese por el parto.

Se informará de la documentación necesaria, utensilios precisos para la madre y el bebé durante la hospitalización, así como su organización y horarios propios.

RECURSOS

Recursos audiovisuales

Televisión.

Vídeo.

Diapositivas.

Retroproyector/transparencias.

Ordenador y cañón.

Equipo de casete-CD.

Recursos materiales

Salón con capacidad adecuada al grupo (de 8 a 12 parejas) en disposición circular, de manera que todos puedan verse entre sí y a su conjunto.

Colchonetas.

Sillas.

Pizarra.

Rotuladores.

Pizarra de hojas movibles.

Espejo.

Amnioscopios.

Monitor para el seguimiento del bienestar fetal.

Muñeco.

Folios de papel.

Lápices/bolígrafos.

EVALUACIÓN

Cuestionario de evaluación:1. Por favor, señala con una X el número con que evalúas la sesión: **(1: Nada o mal 5: Mucho o muy bien)**

Te ha interesado	1	2	3	4	5
Te ha sido útil	1	2	3	4	5
La organización	1	2	3	4	5
La duración	1	2	3	4	5
Adecuación a tus necesidades	1	2	3	4	5
Tu implicación	1	2	3	4	5
Grado de satisfacción global	1	2	3	4	5

SESIÓN PUERPERIO

OBJETIVO GENERAL

Satisfacer las necesidades básicas de la mujer en el puerperio, fomentando actuaciones que favorezcan su bienestar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Al finalizar las sesiones educativas, la mujer será capaz de:

- Describir la evolución del periodo puerperal.
- Describir las modificaciones físicas y psíquicas.
- Realizar los cuidados básicos con destreza.

Al finalizar las sesiones educativas, la pareja será capaz de:

- Desarrollar el rol parental de forma adecuada.
- Identificar las situaciones de riesgo.
- Describir las prestaciones sanitarias a su alcance.

CONTENIDOS

- Definición del puerperio.
- Adaptación del aparato reproductor.
- Periné.
- Musculatura abdominal.
- Miembros inferiores.
- Eliminación.
- Mamas.
- Sexualidad.

- Estado emocional.
- Cuidados a la mujer.
- Problemas de salud más frecuentes.
- Signos de peligro.

METODOLOGÍA

- Sesión expositiva
- Tormenta de ideas sobre los cambios producidos durante el puerperio, problemas más frecuentes.
- Folletos

Guía de Salud Materno-Infantil. Avalada por la Sociedad Española de Neonatología de la AEP y por la Sección de Medicina Perinatal de la SEGO.

Los consejos de tu matrona. Todo lo que necesitas saber para la maternidad. Avalado por la Asociación Nacional de Matronas.

Guía Johnson's baby.

EVALUACIÓN

Se realizará evaluación del proceso y de los objetivos mediante la cumplimentación de cuestionarios.

Cuestionarios

Evaluación de Objetivos

Si usted está en el 11º día del puerperio ¿Cuál sería la situación adecuada del útero dentro de la cavidad pélvica?

- a 3 cm del ombligo y 8 de la sínfisis del pubis
- a 6 cm del ombligo y 4 por encima de la sínfisis del pubis
- dentro de la sínfisis del pubis
- ninguna respuesta es correcta

Los loquios que se emiten después de los loquios rojos ¿qué aspecto tienen?

- _ marronáceos
- _ oscuros
- _ como el sangrado de la regla
- _ serosos

Después del parto, ¿cuándo se pueden comenzar relaciones sexuales coitales?

- _ a partir de los 40 días
- _ cuando se recupere la episiotomía
- _ cuando nos apetezca a los dos
- _ cuando nos apetezca a los dos y haya cicatrizado la zona perineal

De los siguientes signos y síntomas durante el puerperio, ¿cuál piensas que precisa de consulta médica urgente?

- _ la aparición de la menstruación antes de los 2 meses, cuando se está lactando
- _ la fiebre superior a 38 grados
- _ la aparición de tristeza
- _ la apreciación de bultos en las mamas

SESIÓN LACTANCIA MATERNA

OBJETIVO GENERAL

La mujer conseguirá una lactancia satisfactoria para ella y su bebé.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elegir de forma responsable y autónoma el tipo de lactancia, favoreciendo y facilitando la lactancia materna.
- Relatar al menos 4 ventajas que ofrece la lactancia materna.
- Explicar correctamente cuál debe ser la postura de la boca del bebe en el pecho.
- Responder adecuadamente sobre el ritmo y duración de las tomas.
- Enumerar los recursos a su disposición para solicitar ayuda en caso de dificultades con la lactancia.

CONTENIDOS

- La lactancia materna.
- Anatomía de la mama.
- Lactogénesis y galactopoyesis.
- Inicio de la lactancia.
- Técnica del amamantamiento.
- Duración y frecuencia de las tomas.
- Preparación de la toma.
- Cuidados de la madre.
- Cuidados de las mamas.
- Alimentación de la madre.

- Complicaciones de la lactancia materna.
- Dificultades iniciales.
- Reglamentación laboral durante el periodo de lactancia.
- Grupos de apoyo a la lactancia materna.

METODOLOGÍA

- Sesión expositiva.
- Demostración práctica: Técnica de la lactancia.
- Grupo de debate

Solicitar a las madres con experiencia que relaten la vivencia de la lactancia materna. Invitar a alguna madre lactante o a alguna madre integrante de un grupo de apoyo a que acuda a la sesión. Invitar a la enfermera de pediatría o al pediatra a que participen en la sesión.

RECURSOS

Recursos audiovisuales

Ordenador/CD/DVD.

Proyección de «El pecho no tiene horario», película noruega traducida y distribuida por ACPAM. C/ Benet Mercader 9-11, baixos. 08012 Barcelona. Tel. 93 217 05 22.

Recursos materiales

Muñeco para demostrar las posturas adecuadas. Encerado donde dibujar las distintas técnicas.

Folletos

**La lactancia materna: Un reto personal.* Autora: M.^a Luisa Ramos. Distribuido por la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Cantabria.

**La lactancia materna: Consejos y orientaciones para la madre.*

**Guía de Salud Materno-Infantil.* Avalado por la Sociedad Española de Neonatología de la AEP y por la Sección de Medicina Perinatal de la SEGO.

**Los consejos de tu matrona. Todo lo que necesitas saber para la maternidad.* Avalado por la Asociación Nacional de Matronas.

**Guía Johnson´s baby.*

Guías y folletos de las distintas asociaciones de apoyo a la lactancia materna de cada comunidad.

EVALUACIÓN

Se realizará evaluación del proceso y de los objetivos mediante la cumplimentación de cuestionarios.

Cuestionarios

Evaluación de Objetivos

La lactancia materna tiene como ventaja:

- Es nutricionalmente adecuada para el bebe.
- Contamina menos.
- Ayuda a que la madre pierda peso.
- Todas son correctas.

El ritmo de las tomas debe ser:

- Cuando el bebe lo pida.
- Cada tres horas.
- Cada seis horas.
- Alternando biberón y lactancia materna.

La postura del bebe:

- Debe estar con la boca bien abierta.

- _ Debe estar con la cabeza girada hacia la mama.
- _ Mirando hacia el techo.
- _ Procurando que la espalda del bebe esté doblada.

SESIÓN TRABAJO CORPORAL

OBJETIVO GENERAL

Que la mujer tome consciencia de su cuerpo y el de su hijo a través del movimiento, la respiración y el masaje; y que sea capaz de utilizarlos para compensar los cambios que se van a producir en su cuerpo durante el embarazo, parto y posparto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Que la mujer integre las medidas de higiene postural en las actividades de su vida cotidiana.
- Que la mujer conozca cómo trabajar y proteger los músculos del suelo pelviano.
- Que la mujer trabaje diferentes grupos musculares, como cervicales, cintura escapular, cintura pelviana.
- Que la mujer aprenda a utilizar los músculos de la prensa abdominal para el momento del expulsivo.
- Que la mujer y su pareja utilicen el masaje como una herramienta para comunicarse, para relajarse y para aliviar el dolor.
- Que la mujer y su pareja se vinculen afectivamente a su hijo.
- Que la mujer sea consciente de la respiración para conseguir una buena oxigenación y la gestión de las emociones.

CONTENIDO

- Guía general para la actividad física y el embarazo.
- Recomendaciones generales del ejercicio físico.
- Trabajo corporal en los grupos de educación maternal.
- Higiene postural.
- Ejercicios para la cintura escapular y las cervicales.
- Ejercicios de cintura pelviana.
- Abdominales.
- Ejercicios para el periné.
- Ejercicios para la articulación de la cadera.
- Ejercicios circulatorios.
- Pujos.
- Masaje.
- La vinculación afectiva prenatal.
- Respiración.

METODOLOGÍA

La metodología en el trabajo corporal será básicamente una breve explicación de la actividad a realizar para que las mujeres entiendan el objetivo de éste.

La realización de las diferentes actividades se hará con la supervisión de la comadrona, para poder corregir posturas incorrectas. Al final de las actividades se realiza una puesta en común de los cambios experimentados y las sensaciones vividas. Al realizar los ejercicios se pregunta cuál creen que es la finalidad, para que las mujeres deduzcan qué músculos son los que trabajan y qué beneficios obtienen.

Dentro del trabajo corporal se han desarrollado diferentes apartados. Al organizar las sesiones prácticas, se puede trabajar sólo unos grupos musculares y relacionarlos con la sesión teórica que se imparta. Por ejemplo: el día que se habla del parto se realizan los ejercicios de la cintura pélvica, periné y los pujos. O bien organizar una tabla de ejercicios que se van repitiendo en cada sesión.

Primera sesión	Trabajo con ejercicios de higiene postural y cintura escapular
Tema sobre el desarrollo fetal	Ejercicios de vinculación afectiva y masaje Realizar una tabla para trabajar en colchonetas Realizar ejercicios de pie y masajes
Tema del parto	Trabajar ejercicios de la cintura pélvica, periné y pujos
Puericultura	Ejercicios de vinculación afectiva y masaje

Proponer la realización de actividades en casa:

-Caminar por periodos de media a una hora, tres veces por semana. Si es posible en espacios cerca de la naturaleza, el mar, un bosque, un prado o un parque.

-Nadar dos veces por semana.

-Realizar las actividades cotidianas manteniendo una correcta higiene postural.

-Practicar los ejercicios respiratorios solas y con la pareja.

- Practicar las respiraciones en situaciones de esfuerzo, como subir unas escaleras o una cuesta.
- Probar los masajes con la pareja, para aliviar molestias y para relajarse.
- Realizar ejercicios de comunicación con su hijo.
- Realizar la puesta común de la integración de la respiración en el día a día, en las situaciones de esfuerzo, valorando su eficacia.

RECURSOS

Recursos audiovisuales

Transparencias

Ordenador/CD/DVD

Recursos materiales

Pelvis ósea

Colchonetas

Almohadas tipo cuña

Reloj con segundero

Pelotas de tenis, pim-pom

Pelotas grandes para trabajar movimientos de la pelvis

Música relajante :

Deep Touch. Arden & Jack Wilken

Heavenly Realms. Philip Chapman

Kiss the forest. Kim Menzer & Lars Triers

Angel of love. Aeolia

Sweet baby dreams. Steve Bergman

Nanas del Mediterráneo. Rosa Zaragoza

EVALUACIÓN

-Autobservación de la postura adoptada en las diferentes actividades del día a día.

-Número de respiraciones de espiración lenta que se realiza durante un minuto. Si hay práctica de los ejercicios respiratorios habrá disminución en número de respiraciones realizada en un minuto y también un incremento de tiempo de espiración en relación con el tiempo de inspiración.

-Sensaciones experimentadas al relacionarse con su hijo dentro del útero.

-Encuesta de evaluación del trabajo corporal evaluando los diferentes aspectos.

-Evaluación del trabajo corporal.

Valore cuán útiles le han sido los diferentes aspectos del trabajo corporal realizado en las clases	Muy útil	Bastante útil	Útil	Nada útil
Los ejercicios respiratorios				
Los masaje				
Los pujos				
Los ejercicios de relación con su hijo				
Ejercicios de la columna vertebral				
Ejercicios del suelo pelviano				

¿Practicaba algún deporte o actividad física antes del embarazo?

¿Cuál? ¿Con qué frecuencia por semana?

¿Ha realizado alguna actividad física complementaria, como caminar o nadar? ¿Cuál? ¿Y con qué frecuencia la ha realizado?

¿Ha realizado prácticas de los ejercicios respiratorios? ¿Con qué frecuencia?

¿Ha realizado prácticas de los masajes con su pareja? ¿Con qué frecuencia?

¿Ha realizado ejercicios de relación con su hijo? ¿Con qué frecuencia?

Anexo 2. CUESTIONARIO.

Anexos

Anexo2. CUESTIONARIO

Código de entrevistador	<input type="text"/>
Código de encuesta	<input type="text"/>
DATOS DE FILIACIÓN	
Fecha de nacimiento:	<input type="text"/>
Estado civil: 1-Soltera. 2-Casada. 3-Pareja de hecho. 4-Divorciada. 5-Separada. 6-Viuda.	<input type="text"/>
Nacionalidad: 1-Española 2-Otra; Especificar: _____	<input type="text"/>
¿Qué nivel de estudios posee usted?: 1-Primaria sin finalizar 2-Primaria acabada 3-Secundaria sin finalizar 4-Secundaria finalizada 5-Bachillerato 6-Universitarios	<input type="text"/>
¿En qué sector trabaja? 1-Agricultura/ganadería 2-Industria y construcción 3-Servicios públicos 4-Comercio 5-Sus labores 6- Estudiante 7-Jubilada 8-Administrativa 9-Profesion liberal	<input type="text"/>
¿Qué tipo de contrato de trabajo tiene usted con su empresa?: 1-Eventual por cuenta ajena 2- Indefinido por cuenta ajena 3-Por cuenta propia 4- Desempleada 5-Otro; Especificar: _____	<input type="text"/>
¿Cuánto dinero entra en casa mensualmente, aproximado? 1- < 1000 Euros. 2- 1000-1999 Euros. 3-2000-2999 Euros. 4-≥ 3000 Euros.	<input type="text"/>
¿A qué raza pertenece usted?: 1-Caucásica 2- Otra; Especificar: _____	<input type="text"/>
¿Posee usted alguna enfermedad? 0-No. 1-Sí; Especificar: _____	<input type="text"/>
DATOS OBSTÉTRICOS	
Número de embarazos contando éste:	<input type="text"/>
Número de abortos:	<input type="text"/>
Tipo de aborto: 1-Espontáneo 2-Voluntario 1-Espontáneo 2-Voluntario 1-Espontáneo 2- Voluntario	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Ha tenido algún feto muerto 0-No 1-Sí	<input type="text"/>
Embarazo buscado 0-No 1-Sí	<input type="text"/>
Ha requerido asistencia médica para conseguir este embarazo: 0-No 1-Sí	<input type="text"/>
El embarazo ha sido controlado mayoritariamente en: 0-Atención Primaria 1-Atención Especializada	<input type="text"/>
Número de visitas para el control de este embarazo:	<input type="text"/>
Semana gestacional de la primera visita:	<input type="text"/>
Grado de satisfacción de la usuaria con el control del embarazo: 0-Nada satisfecha 1-Poco satisfecha 2-Satisfecha 3-Bastante satisfecha 4-Muy satisfecha	<input type="text"/>

ESTILO DE VIDA DURANTE EL EMBARAZO																										
¿Trabajo durante el embarazo? 0-No 1-Sí		<input type="checkbox"/>																								
Sí trabajo, a que semana gestacional se produjo la baja laboral:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																								
¿Cuántas horas permanecía de pie al día por promedio durante la segunda mitad del embarazo?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																								
¿Cuántos cigarrillos fumaba antes del embarazo?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																								
¿Cuántos cigarrillos fumaba al día los primeros tres meses de embarazo?:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																								
¿Cuántos cigarrillos fumaba al día en el segundo trimestre del embarazo?:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																								
¿Y en el último trimestre del embarazo?:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																								
Consumo de alcohol durante el embarazo		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Festivos</th> <th colspan="2">Laborables</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cerveza en comida/cena (vasos)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Cerveza en comida/cena (vasos)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vino en comida/cena (vasos)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Vino en comida/cena (vasos)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Aperitivo: cerveza (vasos)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Aperitivo: cerveza (vasos)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Aperitivo: vino (vasos)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Aperitivo: vino (vasos)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Copas de licor (vasos)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Copas de licor (vasos)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Festivos		Laborables		Cerveza en comida/cena (vasos)	<input type="checkbox"/>	Cerveza en comida/cena (vasos)	<input type="checkbox"/>	Vino en comida/cena (vasos)	<input type="checkbox"/>	Vino en comida/cena (vasos)	<input type="checkbox"/>	Aperitivo: cerveza (vasos)	<input type="checkbox"/>	Aperitivo: cerveza (vasos)	<input type="checkbox"/>	Aperitivo: vino (vasos)	<input type="checkbox"/>	Aperitivo: vino (vasos)	<input type="checkbox"/>	Copas de licor (vasos)	<input type="checkbox"/>	Copas de licor (vasos)	<input type="checkbox"/>	
Festivos		Laborables																								
Cerveza en comida/cena (vasos)	<input type="checkbox"/>	Cerveza en comida/cena (vasos)	<input type="checkbox"/>																							
Vino en comida/cena (vasos)	<input type="checkbox"/>	Vino en comida/cena (vasos)	<input type="checkbox"/>																							
Aperitivo: cerveza (vasos)	<input type="checkbox"/>	Aperitivo: cerveza (vasos)	<input type="checkbox"/>																							
Aperitivo: vino (vasos)	<input type="checkbox"/>	Aperitivo: vino (vasos)	<input type="checkbox"/>																							
Copas de licor (vasos)	<input type="checkbox"/>	Copas de licor (vasos)	<input type="checkbox"/>																							
PROBLEMAS DE SALUD DURANTE EL EMBARAZO																										
¿Ha tenido usted problemas de salud en el embarazo? 0-No. 1-Sí.		<input type="checkbox"/>																								
¿Qué problemas de salud ha tenido en este embarazo?																										
1-Metrorragia mayor que regla 0-No 1-Sí; número de episodios_____		<input type="checkbox"/>																								
2-Metrorragia menor o igual que regla 0-No 1-Sí; número de episodios_____		<input type="checkbox"/>																								
3-Hipertensión 0-No 1-Sí		<input type="checkbox"/>																								
4-Diabetes gestacional 0-No 1-Sí		<input type="checkbox"/>																								
5-Anemia 0-No 1-Sí		<input type="checkbox"/>																								
6-Infecciones genitourinarias 0-No 1-Sí		<input type="checkbox"/>																								
7-Amenaza de Parto Prematuro (APP) 0-No 1-Sí		<input type="checkbox"/>																								
8-Otros;Especificar:_____		<input type="checkbox"/>																								
Nº de visitas a urgencias por motivos que no precisaban dichas visitas (expulsión del tapon mucoso, falsos pródromos de parto, fase tan inicial del parto que no requiere ingreso o se ingresa y es dada de alta sin que se produzca el parto al día siguiente):		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																								

Impacto del Programa de Educación Maternal sobre la Madre y el Recién Nacido

DATOS DEL PARTO		
Fecha del Parto:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
El inicio del parto ha sido: 1-Espontáneo 2- Estimulado 3-Inducido 4-Cesárea programada		_
Tipo de parto que ha tenido 1-Eutócico 2-Instrumental 3-Cesárea		_
Ha requerido medicación en el periodo de dilatación: 0-No 1-Sí, Oxitocina 2-Sí, Hioscina (buscapina ^R) 3-Ambos 4-Otros; Especificar: _____		_
Ha requerido analgesia epidural: 0-No por deseo materno 1-No por contraindicación médica 2-No, por otras razones 3-Sí		_
Ha utilizado medidas de analgesia no farmacológica: 0-No 1-Sí; Especificar: _____		_
Color del liquido amniótico: 0-Ausente 1-Claro 2-Sanguinolento 3-Teñido + 4-Teñido ++ 5-Teñido +++		_
Semana gestacional a la que tuvo lugar el parto:		_ _
Minutos que ha durado el periodo de dilatación		_ _ _
Minutos que ha durado el periodo de expulsivo		_ _ _
Minutos que ha durado el periodo de alumbramiento		_ _
El alumbramiento ha sido: 1-Espontaneo 2-Manual 3-Farmacológico		_
Se realiza el contacto piel con piel con el bebé 0-No 1-Sí		_
Inicio Precoz de la Lactancia Materna (antes de las dos horas de vida del RN): 0-No 1-Sí, de forma eficaz 2-Sí, de forma ineficaz		_
Se ha producido una participación activa del madre en el proceso de parto: 0-No, porque no ha querido 1-No, porque no ha sido posible 2-Sí		_
Se produce lesión perineal, vaginal o de cervix 0-No 1-Episiotomía 2-Desgarro I 3-Desgarro II 4-Desgarro III 5-DesgarroIV 6-Episiotomia+Desgarro 7 -Desgarro vaginal 8-Desgarro de cervix 9-Otra;Especificar: _____		_
Necesidad de medicación postparto inmediato: 1- Número de UI de oxitocina: 2- Miligramos de ergometrina: 2- Otros; Especificar principio activo y cantidad: _____		_ _ _
Complicaciones en el postparto: 0-No 1-Revisión de cavidad 2-Hemorragia 3-Fiebre 4-Legrado 5-Otros;Especificar:		_ _ _
Grado de satisfacción de la usuaria con el proceso de parto: 0-Nada satisfecha 1-Poco satisfecha 2-Satisfecha 3-Bastante satisfecha 4-Muy satisfecha		_
Nivel de ansiedad de la gestante previo al parto: 0-Normal o bajo 1-Medio 2-Alto		_
Nivel de dolor de la gestante durante el proceso de parto: (1 al 10)		_ _

DATOS DEL RECIÉN NACIDO		
Peso del recién nacido en gramos:		□□□□□□
Perímetro cefálico del RN(cm)		□□□
Longitud del RN (cm)		□□□
Es el recién nacido PEG: 0-No 1-Sí		□
Apgar del recién nacido al minuto de vida:		□□□
Apgar del recién nacido a los cinco minutos de vida:		□□□
¿Ha precisado ingreso el recién nacido?: 0-No 1-Sí, en UCI; motivo: _____ 2-Sí, en Unidad Neonatal; motivo: _____		□
DATOS DE INGRESO HOSPITALARIO		
Número de días que ha permanecido la mujer ingresada tras el parto:		□□
Número de días que ha permanecido el recién nacido ingresado:		□□
DATOS DE EDUCACIÓN MATERNAL		
¿Tenía usted intención de realizar Educación maternal antes del embarazo? 0-No 1-Sí 2-No lo tenía claro 3-No me planteé el realizarla o no antes del embarazo		□
¿En que semana de la gestación la inicia?		□□
¿Quién imparte la educación maternal? 1- Matrona 2-Enfermera 3- Ambos 4-Otro profesional: Especificar: _____		□
¿Nº de sesiones de educación maternal?		□□□
¿Duración de las sesiones en minutos?		□□□
Cree usted útil y beneficiosa la educación maternal: 0-Nada útil 1-Poco útil 2-Útil 3-Bastante útil 4-Muy útil		□
Si no ha realizado Educación Maternal, ¿Por qué razones no lo hizo? 1-No se ofrece esa actividad 2-Falta de tiempo 3-No queria 4-Horario incompatible 5-Me comentaron que no era útil 6-Tenia que desplazarme 7-No lo creia necesario 8-Otras;Especificar: _____		□ □ □ □ □ □ □ □
¿Qué temas cree usted que deberían de tratarse en las clases de educación maternal? 1-Cuidados del recién nacido 2-Analgésia en el parto 3-Cuidados en el puerperio 4-Alimentación en la gestación 5-Legislación temas maternidad 6-Lactancia materna 7-Otros;Especificar: _____		□ □ □ □ □ □ □
Grado de satisfacción de la usuaria con la educación maternal 0-Nada satisfecha 1-Poco satisfecha 2-Satisfecha 3-Bastante satisfecha 4-Muy satisfecha		□

Impacto del Programa de Educación Maternal sobre la Madre y el Recién Nacido

SEGUIMIENTO TRAS EL PARTO		
Números de teléfono de contacto.		
¿Que tipo de alimentación le da usted a su recién nacido? 0-Lactancia Materna Exclusiva 1- Lactancia Mixta 2-Lactancia Artificial		<input type="checkbox"/>
Si, no le da lactancia materna exclusiva; por qué motivo la abandonó: 1-Prescripción médica 2-No tenia leche 3-Se quedaba con hambre 4-No quería seguir dándole el pecho 5-Tenía que trabajar 6-Otros; Especificar:_____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ha presentado algún problema de salud el recién nacido en los dos últimos meses: 0-No 1-Sí;Especificar:_____		<input type="checkbox"/>

Escala de Ansiedad: Baja 0 a 7() Media 8 a 10 () Alta 11 ó más()

Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajuste a cómo se ha sentido la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si contesta deprisa sus respuestas reflejarán mejor cómo se encontraba

1. Me siento tensa o molesta

- (3) todos los días ()
- (2) muchas veces ()
- (1) a veces ()
- (0) nunca ()

2. Tengo una gran sensación de miedo como si algo horrible pudiera sucederme

- (3) totalmente, y es muy fuerte ()
- (2) sí, pero no es muy fuerte ()
- (1) un poco, pero no me preocupa ()
- (0) para nada ()

3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones

- (3) la mayoría de las veces ()
- (2) con bastante frecuencia ()
- (1) a veces, aunque no muy a menudo ()
- (0) sólo en ocasiones ()

4. Puedo estar sentada tranquilamente y sentirme relajada

- (0) siempre ()
- (1) por lo general ()
- (2) no muy a menudo ()
- (3) nunca ()

5. Tengo sensación de miedo, como de “aleteo” en el estómago

- (0) nunca ()
- (1) en ciertas ocasiones ()
- (2) con bastante frecuencia ()
- (3) muy a menudo ()

6. Me siento inquieta, como si estuviera continuamente en movimiento

- (3) mucho ()
- (2) bastante ()
- (1) no mucho ()
- (0) para nada ()

7. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico

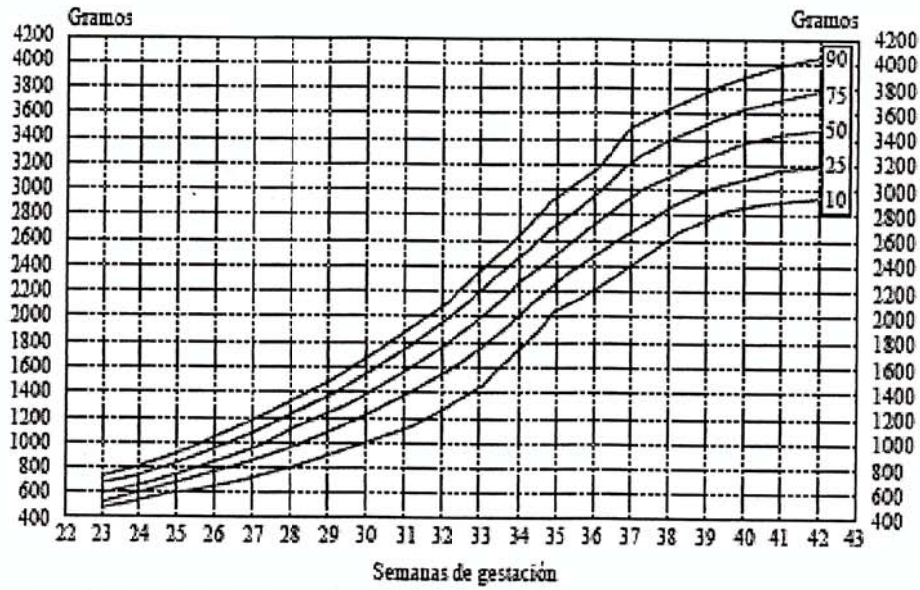
- (3) muy frecuentemente ()
- (2) bastante a menudo ()
- (1) no muy a menudo ()
- (0) para nada ()

Anexo 3. CURVAS DE CRECIMIENTO.

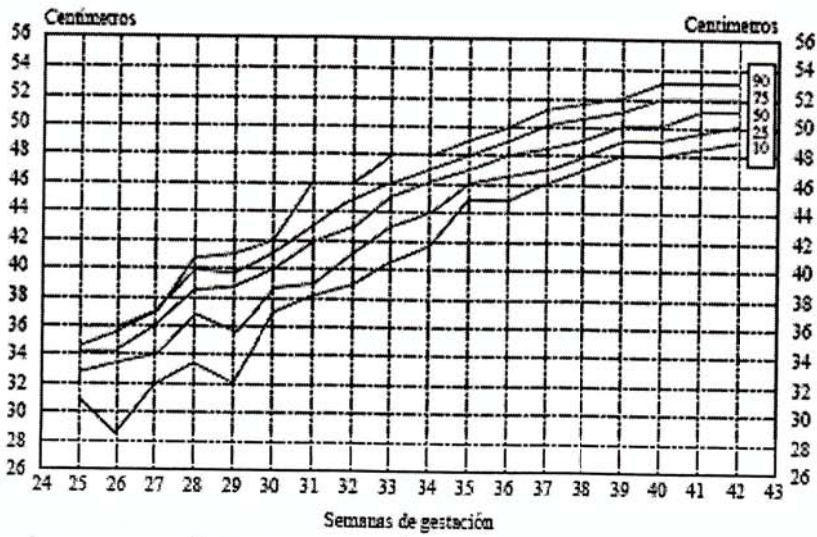
ANEXOS

ANEXO 3. CURVAS DE CRECIMIENTO

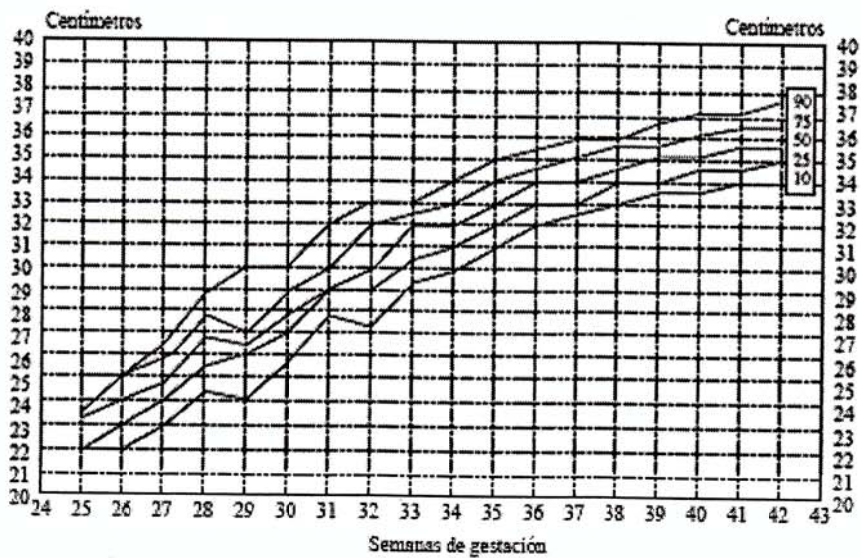
GRÁFICA PESO



GRÁFICA TALLA



GRÁFICA PERÍMETRO CEFÁLICO



***Anexo 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y HOJA
DE INFORMACIÓN A LA PACIENTE.***

HOJA DE INFORMACION A LA PACIENTE (H.I.P.)

Impacto del programa de educación maternal sobre la madre y el recién nacido.

Con el presente estudio pretendemos conocer como influye la asistencia a las clases de educación maternal sobre el proceso de embarazo, parto y puerperio, así como sobre el recién nacido

Para ello vamos a realizarle una serie de preguntas que usted, puede negarse a contestar, estas preguntas tratarán sobre datos sociodemográficos, estilos de vida, datos referentes al embarazo, etc. La participación en este estudio no le supone ningún riesgo para usted ni para su recién nacido.

En este estudio no se van a obtener ningún tipo de muestras.

Su **participación es voluntaria** y tendrá la posibilidad de revocar su consentimiento, en cualquier momento, y sin necesidad de tener que dar explicaciones.

Los datos obtenidos serán tratados de forma anónima, así se asegura la **confidencialidad y protección de datos** de carácter personal, además el personal que tiene acceso a estos datos es limitado y serán tratados De acuerdo a la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos personales que se le requieren (p.ej. edad, sexo, datos de salud) son los necesarios para cubrir los objetivos del estudio.. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre, y su identidad no será revelada a persona alguna salvo para cumplir con los fines del estudio, y en el caso de urgencia médica o requerimiento legal. Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada y procesada por medios informáticos en condiciones de seguridad

El acceso a dicha información quedará restringido al personal autorizado que estará obligado a mantener la confidencialidad de la información. Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades sanitarias y, eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

Los datos serán utilizados para los fines específicos de este estudio y en todo caso si fuese necesario podrán ser también utilizados con otros fines de tipo docente o carácter científico. De acuerdo con la ley vigente, tiene usted derecho al acceso de sus datos personales; asimismo, y si está justificado, tiene derecho a su rectificación y cancelación. Si así lo desea, deberá solicitarlo al personal que le atiende en este estudio”.

CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DE LA PACIENTE

Título del estudio: Impacto del programa de educación maternal sobre la madre y el recién.

Yo, (nombre y apellidos)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con D/Dña.....

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1. Cuando quiera**
- 2. Sin tener que dar explicaciones**
- 3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos**

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio

Fecha

Firma del paciente

Fecha

Firma del Investigador

***Anexo 5. AUTORIZACIONES DE LOS COMITÉS DE
ÉTICA E INVESTIGACIÓN DE LOS CENTROS
SANITARIOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.***



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

D. Miguel Ángel Calleja Hernández Secretario del Comité Ético de Investigación
Clínica del Hospital Virgen de las Nieves

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta de D. Juan Miguel Martínez Galiano, Investigador Principal, para que se realice en este centro el proyecto de investigación titulado: **“Impacto del Programa de Educación Maternal sobre la Madre y el Recién Nacido”** y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del proyecto en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.

Y que este Comité acepta que dicho estudio sea realizado en este centro

Lo que firmo en Granada a treinta de marzo de dos mil once.





Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

**DON ALFONSO LUIS GARCIA PRIEGO, SECRETARIO DE LA COMISION DE
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LA CRUZ DE
UBEDA (JAEN)**

CERTIFICA:

Que esta comisión ha considerado emitir informe favorable al estudio presentado por el investigador principal D. Juan Miguel Martínez Galiano del Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén), titulado: "Impacto del programa de educación maternal sobre la madre y el recién nacido".

Lo que firmo en Úbeda a 26 de Mayo de 2011

Alfonso Luis García Priego
Secretario de la Comisión de Docencia e Investigación .



ALFONSO LUIS GARCIA PRIEGO
C.N.P. 00/018966/09



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

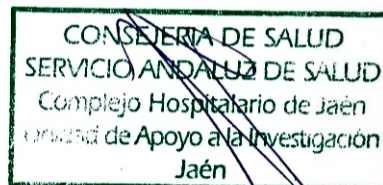
DON FRANCISCO M. LUQUE MARTÍNEZ, SECRETARIO DE LA COMISIÓN DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

CERTIFICA:

Que ésta Comisión ha considerado emitir **informe favorable** al estudio presentado por el Investigador Principal: D. Juan Miguel Martínez Galiano del Complejo Hospitalario de Jaén, Titulado: **“Impacto del Programa de educación Maternal sobre la madre y el recién nacido”**.

Lo que firmo en Jaén a 10 de Febrero de 2011

El Secretario de la Comisión de Ética e Investigación,



Fdo.: D. Francisco M. Luque Martínez



ANTONIO MANUEL RODRÍGUEZ LEDESMA, SECRETARIO EN FUNCIONES DE LA COMISIÓN DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE LA AGENCIA PÚBLICA EMPRESARIAL SANITARIA HOSPITAL DE PONIENTE,

CERTIFICA:

Que esta Comisión ha informado favorablemente, en su reunión de 24 de mayo de 2011, la realización del Proyecto de Investigación titulado: "Impacto del programa de educación maternal sobre la madre y el recién nacido". Investigador principal: D. Juan Miguel Martínez Galiano.

Y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo examinado en relación con los objetivos del estudio, cumpliéndose las normas éticas esenciales que le son de aplicación, justificados los riesgos y molestias previsibles para las personas que formen parte del mismo y adecuados tanto el procedimiento como los requisitos para obtener el consentimiento informado.

Que la capacidad de la Investigadora Principal y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el Estudio y que los/las autores/as del proyecto han demostrado conocer suficientemente los antecedentes y el estado actual del tema que proponen como objeto de estudio, que han sido bien definidos sus objetivos y que cuenta con una metodología adecuada.

En El Ejido, a 26 de mayo de 2011.

VºBº Presidente

D. Jose Antonio Hernández Sáez.

Secretario

D. Antonio Manuel Rodríguez Ledesma.