La Educación para la Maternidad y Paternidad desde la Enfermería

The Antenatal Parenthood Education in Nursing

Trabajo de Fin de Grado - Grado en Enfermería

Escuela Universitaria de Enfermería "Casa de Salud Valdecilla"

Universidad de Cantabria

Junio de 2015

Autora: Dorynn Abascal Follet

Directora: María Lourdes Sevilla Miguélez

ÍNDICE

RESUMEN 2

ABSTRACT 2

INTRODUCCIÓN 3

CAPÍTULO 1: Promoción y Educación para la Salud 7

1.1 Concepto de la Promoción para la Salud 7

1.2. Concepto de la Educación Para la Salud 8

1.3 Ámbitos de actuación de la Educación Para la Salud 8

1.4 Importancia de la educación para la salud en nuestra sociedad 10

CAPÍTULO 2: Educación para la Maternidad 10

2.1 Concepto de Educación para la Maternidad 10

2.2 Evolución histórica: las principales escuelas de Educación Maternal 11

2.3 Etapas de la Educación Maternal 12

2.4 Beneficios de los programas de Educación Maternal 14

2.4.1 Adquisición de conocimientos 14

2.4.2 Nivel de miedo, ansiedad y estrés 14

2.4.3 Lesiones del suelo pélvico 15

2.4.4 Tipo de parto 15

2.4.5 Alivio del dolor 15

2.4.6 Reconocimiento del inicio de parto 16

2.4.7 Duración de las fases del parto 16

2.4.8 Beneficios para el recién nacido 16

2.4.9 Red de apoyo para los padres 17

2.5 Programas de Educación para la Maternidad en España 17

2.6 Necesidades en educación de las usuarias 18

2.7 El rol del padre en la Educación para la Maternidad 19

CAPÍTULO 3: Competencias relacionadas con la Educación Maternal impartidas en el Grado de Enfermería en diferentes universidades de España 20

3.1 Normativa de regulación de la profesión de Enfermería 20

3.2 Concepto del Libro Blanco Título de Grado de Enfermería. 21

3.3 Competencias específicas establecidas en el Libro Blanco para el desarrollo de la EM 21

3.4 Competencias específicas establecidas en comparación con las impartidas en el Grado de Enfermería en la Universidad. 22

REFLEXIONES 25

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 27

RESUMEN

La Promoción y Educación de la Salud permiten a las personas controlar su salud, siendo partícipes en la planificación y ejecución de sus cuidados con la finalidad de alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social. El rol de la enfermería es el de capacitar a las personas para que puedan adquirir y aplicar medidas necesarias para la mejora de su salud, modificando las conductas perjudiciales y adoptando aquellas que son saludables. Hoy en día, el programa de Educación para la Maternidad pretende preparar a futuros padres para el proceso de embarazo, parto y puerperio, y en la transición hacia la paternidad. Sus beneficios no han sido del todo demostrados, habiendo muchas contradicciones en los resultados de diferentes estudios llevados a cabo. Durante las últimas décadas, el rol del padre en la educación maternal se ha mantenido al margen, siendo actualmente incorporado como figura de apoyo a la mujer y teniendo sus propias necesidades en educación. El desarrollo de la educación maternal hace necesaria la adquisición de una serie de competencias específicas integradas en la formación universitaria del Grado en Enfermería.

Palabras clave: educación prenatal, paternidad, promoción de la salud, enfermería, educación basada en competencias.

ABSTRACT

Health Promotion and Education allow people to have power over their health and to be participants in the planning and realization of their care in order to reach a complete physical, mental and social well-being. The role of nursing is training people so that they can take measures to improve their health by changing harmful behaviours and getting those that are healthy. Nowadays, the aim of Antenatal Parenthood Education is preparing future parents for pregnancy, childbirth and postpartum, and the transition to parenthood. Its benefits have not been fully demonstrated, having many contradictions in the results of different carried out researches. Over the past decades, father's role in antenatal parenthood education has remained on the sidelines. Currently, he had been incorporated as a supporting figure for the woman, having his own education needs. It is necessary to acquire a series of specific competences in university education of the Nursing Degree to develop an antenatal parenthood education programme.

Key words: antenatal parenthood education, prenatal education, health promotion, nursing.

INTRODUCCIÓN

La maternidad es uno de los acontecimientos más relevantes en la vida de muchas mujeres y conlleva cambios importantes que exigen una adaptación física, psicológica y social[1].

Históricamente, los conocimientos relacionados con el embarazo y la crianza de un hijo eran transmitidos por las mujeres de la familia, principalmente de madres a hijas, a través de generaciones. Actualmente, sigue existiendo este adiestramiento informal, pero a su vez, los servicios de salud han implementado programas de atención a la mujer en los que se abordan estos cuidados, teniendo en cuenta los avances científicos[2].

Los antiguos programas de atención en el parto tenían como objetivo fundamental el alivio del dolor. Mediante diferentes técnicas de afrontamiento del mismo, se reducía el estrés y el miedo durante este proceso, y con ello, el sufrimiento de las parturientas. Como respuesta a la necesidad de profesionalizar y profundizar en el mundo de la preparación para el parto, se crean en Europa durante el siglo XX varias escuelas de Educación Maternal (EM). En España, Aguirre de Cárcer creó en 1956, un modelo de EM basado en la preparación psicológica de la mujer, incluyendo técnicas de respiración-relajación, y centrándose, no sólo en el momento del parto, sino también en la transición hacia la maternidad. Fue el pionero e impulsor de la educación maternal tal y como se conoce en la actualidad[3].

Con el tiempo se ha ido transformando en una profilaxis global de todos los riesgos existentes, durante la gestación, el parto y el puerperio. Su finalidad es preparar y dirigir a la mujer y a su familia para que la vivencia de la maternidad sea positiva. Los profesionales sanitarios, en especial la enfermería, brindan los conocimientos y habilidades necesarias para el cuidado de la salud durante esta etapa, consiguiendo así, un embarazo y parto saludables, así como, una adaptación adecuada durante el puerperio y una crianza eficaz[2,3]. El desarrollo de la EM de forma grupal, permite una mejor comprensión de los nuevos cambios que requiere la maternidad y paternidad, además de suponer una fuente de apoyo, donde se crean relaciones de confianza entre personas semejantes y con el profesional que lo dirige[2].

En este contexto de transformaciones profundas del papel de los progenitores en la crianza de sus hijos/as, los programas de educación maternal han brindado cambios en su contenido introduciendo a la pareja para una vivencia satisfactoria del proceso de embarazo y nacimiento del recién nacido[3].

Los programas de EM se ofertan en la cartera de servicios de la Atención Primaria y es de carácter universal y gratuito. Sin embargo, en nuestro país, la asistencia a las sesiones de educación maternal es bastante bajo, situándose entre un 26% y 45%[4]. Uno de los colectivos que menos acuden, son la población inmigrante, hecho que debe preocupar a los responsables sanitarios ya que es uno de los colectivos más vulnerables. Se debe realizar una mejor captación e incorporar información sobre los países de procedencia para el abordaje y control del embarazo, teniendo en cuenta su cultura ya que el concepto de salud viene determinado culturalmente[3].

No obstante, los verdaderos efectos de la educación maternal en el embarazo, parto, puerperio y en la maternidad son ambiguos[5]. Existe un gran desconocimiento acerca de su efectividad, así como controversias entre autores, sobre los beneficios que aportan a los nuevos padres y al recién nacido[6].

Justificación de la elección del tema:

El motivo de elección fue la coincidencia con un periodo de prácticas en el Área de Salud de Mujer, concretamente en la unidad de Puerperio, por lo que me interesó la educación sanitaria que se les realizaba a las mujeres antes y después del momento del parto. Durante el período de prácticas mencionado, a la hora de valorar a las mujeres, observé que muchas de ellas no habían acudido a las sesiones de Educación Maternal ofertadas por su Centro de Salud de Atención Primaria. Este tema debe ser analizado por los profesionales de la salud encargados de educar y guiar a las mujeres que transitan por este fenómeno tan importante como es la maternidad.

Objetivos:

A continuación se exponen los objetivos establecidos para la realización de la monografía:

- Objetivo general:
  - Analizar la educación maternal desde distintos puntos de vista.
- Objetivos específicos:
  - Determinar los beneficios de la educación para la maternidad en la salud de la mujer embarazada.
  - Establecer las necesidades en educación de las mujeres embarazadas y la concordancia con los programas que se ofertan.
  - Determinar el rol del padre en el proceso de la Educación Maternal.
  - Contrastar las competencias exigidas en el Grado de Enfermería de diferentes universidades españolas en cuanto a la educación maternal.

Metodología:

Para la realización de esta monografía se han consultado libros de texto, páginas webs de la Consejería de Sanidad y de Universidades de España, y las siguientes bases de datos:

- Cuiden Plus
- Dialnet
- PubMed
- Cochrane library Plus
- SciELO
- Scopus
- Google Académico

Tras una exhaustiva búsqueda bibliográfica desde noviembre a diciembre de 2014. Se obtuvieron 123 artículos mediante descriptores DeCS y MeSH (Tabla 1) y fueron combinados a través de los operadores booleanos “AND” y “OR”.

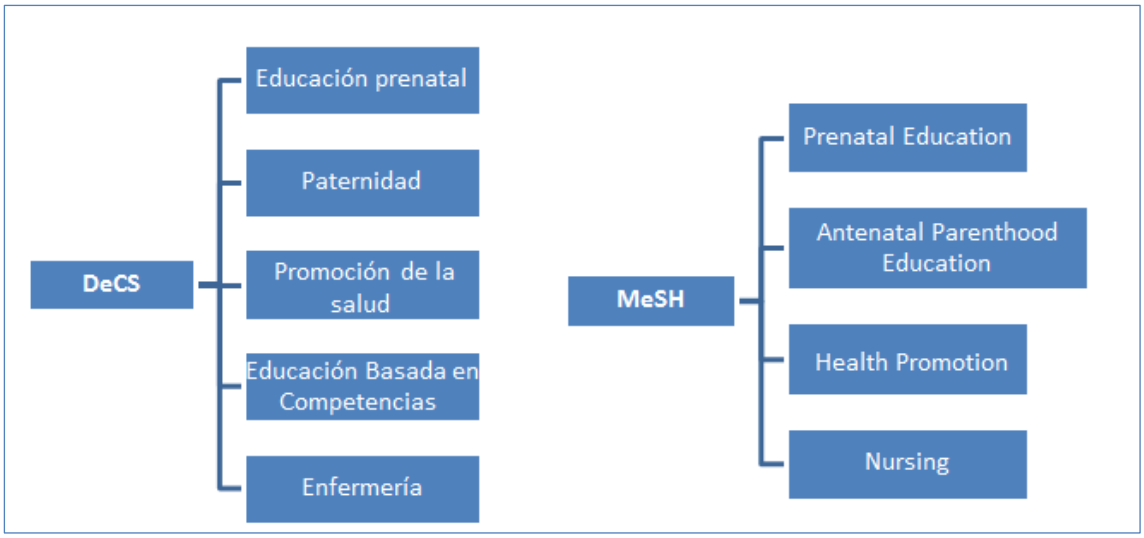

Tabla 1. Descriptores DeCS y MeSH

Fuente: elaboración propia.

Se incluyeron artículos publicados en los últimos cinco años, aunque se han seleccionado algunos más antiguos debido a que su contenido era de interés para el tema. Se excluyeron aquellos documentos que no permitían acceso libre al contenido y que estuviesen en otro idioma que no fueran el español o el inglés.

Se realizó una lectura bibliográfica para seleccionar artículos de interés para la elaboración de esta monografía. Entre enero y febrero de 2015, se seleccionaron 84 artículos en los cuales se trataba el tema a desarrollar. Se realizó una segunda lectura a finales del mes de febrero para finalmente descartar 57 artículos por su escasa aportación e interés sobre el tema, incluyéndose 27 artículos (Tabla 2) para el desarrollo del trabajo, de los cuales, 16 son en español y 11 en inglés. El gestor de referencias bibliográficas empleado fue RefWorks.

BASES DE DATOS	TÍTULOS DE LOS ARTÍCULOS
PUBMED	Effects of antenatal education on maternal prenatal and postpartum adaptation.
	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.
	The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain.
	Evaluating the effect of childbirth education class: a mixed-method study.
	Does antenatal education affect labour and birth? A structured review of the literature.
	An Evaluation of Male Partners' Perceptions of Antenatal Classes in a National Health Service Hospital: Implications for Service Provision in London.
DIALNET	Preparación para la maternidad.
	Efecto del programa de educación maternal sobre la duración de la hospitalización del recién nacido y la madre tras el parto.
	Ser padre y ser madre en la actualidad: repensar los cuidados de enfermería en el puerperio.
	Por una sociología de la promoción de la salud. Reflexionando a propósito de los programas de educación maternal.
CUIDEN PLUS	Análisis comparativo de las principales Escuelas de Educación Maternal.

	Educación maternal y reconocimiento del inicio del parto.
	Opinión de las matronas de atención primaria de Madrid sobre la evolución de los programas de educación maternal.
	Análisis comparativo de las principales Escuelas de Educación Maternal.
SCOPUS	Necesidades educativas sobre autocuidados y factores relacionados en el puerperio domiciliario.
	An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth.
	Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process.
	Preparation for pain management during childbirth: The psychological aspects of coping strategy development in antenatal education.
	Preparing fathers for the transition to parenthood: Recommendations for the content of antenatal education.
GOOGLE ACADÉMICO	Impacto del programa de educación maternal sobre la madre y el recién nacido.
	Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.
	Contribución de la educación maternal a la salud maternoinfantil. Revisión bibliográfica.
	Psychoprophylaxis-Antenatal preparation and actual use during labour.
	Impacto de los programas de educación maternal.
	El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal.
	Demandas y valoración que hacen las mujeres del programa de educación maternal.
ScIELO	Nivel de dolor y elección de analgesia en el parto determinada por la realización de educación maternal.

Tabla 2. Artículos seleccionados para la elaboración de la monografía

Fuente: elaboración propia.

Descripción de los capítulos:

La monografía se estructura en 3 capítulos. A continuación se realizará una breve descripción de cada uno de ellos:

Capítulo 1: Promoción y Educación para la Salud. Se tratan los conceptos básicos de la *Promoción y Educación para la Salud*, así como, sus orígenes históricos, sus ámbitos de actuación y sus objetivos establecidos en *"La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud"* de la Conferencia en Ottawa, Canadá, en 1986, dirigida al logro del objetivo "*Salud para todos en el año 2000"*. Con este capítulo se pretende introducir los siguientes capítulos.

Capítulo 2: Educación para la Maternidad. Se abordan las características de la e*ducación maternal*, su evolución histórica con la aparición de varias escuelas y los beneficios que supone para los padres y el recién nacido, la asistencia a este programa de educación para la salud. Se mencionarán las características de algunos programas de educación maternal en España, incluyendo el de Cantabria. Por último, se expondrán las necesidades en educación que perciben y demandan las mujeres y el rol que tiene el padre en esta etapa.

Capítulo 3: Competencias relacionadas con la Educación Maternal impartidas en el Grado de Enfermería en diferentes universidades de España. En primer lugar se habla del libro blanco de enfermería para después analizar las competencias específicas sobre educación maternal y se revisan dichas competencias en los programas de grado de enfermería de ocho universidades españolas.

CAPÍTULO 1: Promoción y Educación para la Salud

1.1 Concepto de la Promoción para la Salud

A lo largo de la historia, el modelo de atención a los principales problemas de salud que afectan a la sociedad, se ha ido modificando, adoptando distintos enfoques.

Durante varios lustros, los médicos, se han erigido como responsables de las decisiones que las personas debían tomar ante un problema de salud, adoptando una actitud paternalista y decidiendo qué era lo mejor para el paciente sin que existiera ningún tipo de negociación[7].

Es a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, cuando las enfermedades infecciosas dan pie a cambios en la salud pública. Mediante el conocimiento en epidemiología, se crean programas de prevención en salud. De este modo, se consigue romper la cadena de transmisión entre el agente patógeno y el huésped, obteniéndose importantes reducciones en el contagio[7].

En la última mitad del siglo XX, tras controlar aquellas patologías de origen infeccioso, las enfermedades crónicas toman el relevo. La asistencia sanitaria se centra en la identificación de los factores de riesgo que propician esos problemas de salud. A partir de ese momento, se orienta a la población para que participe en el mantenimiento de su propia salud y modifique aquellos aspectos, relacionados con el estilo de vida o la exposición a agentes nocivos del medio ambiente, que puedan reducir o aumentar el riesgo de padecer ciertas enfermedades. Es en ese momento cuando nace la *Promoción de la Salud* como disciplina dentro de la Salud Pública[7].

La promoción de la salud se define como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud, participando individual o colectivamente en la planificación y aplicación de los cuidados de salud dentro de la comunidad a la que pertenecen y teniendo en cuenta, la visión que de los problemas de salud tengan, tanto los profesionales como la población en general. De esta forma se pretende obtener un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, mediante el desarrollo de intervenciones en el ámbito sanitario y otros sectores sociales, empleando la educación y la legislación[7, 8].

Sus principales objetivos quedan recogidos en la "Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud" de la Conferencia en Ottawa, Canadá, en 1986, dirigida al logro del objetivo "*Salud para todos en el año 2000".* En ésta se destacan cinco innovaciones[8, 9]:

1. La importancia de corregir o erradicar los impedimentos que se encuentran presentes en las políticas sanitarias a nivel mundial, para la adopción de medidas que aumenten el nivel de salud, así como, concienciar a sus responsables de que sus decisiones tienen consecuencias. La promoción de la salud debe trabajarse desde diversos ámbitos, como son, la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos, para de esa forma, obtener una mayor equidad.
2. La creación de ambientes saludables. La salud de la sociedad está unida a aspectos ecológicos que se deben tener en cuenta. Una parte de los problemas de salud son los efectos adversos de una mala gestión de los recursos naturales y del entorno y las condiciones en el que se desenvuelve el individuo. Por ello, se debe tomar conciencia en el aspecto socio-ecológico, y crear condiciones adecuadas en el ámbito tanto laboral como de ocio.
3. Reforzar la acción comunitaria, fomentando la participación efectiva de la comunidad en la toma de decisiones y en la planificación de intervenciones sanitarias con el fin de lograr un aumento en salud.

4. Favorecer el desarrollo de las destrezas personales y sociales, dotándoles de las habilidades y de la información necesaria para lograr que el individuo sea competente en la adopción de conductas saludables. Para su consecución, es imprescindible la actuación desde los centros académicos, los hogares, los espacios laborales y las instituciones sanitarias, entre otras.
5. Reorientar los servicios sanitarios ofrecidos por los profesionales hacia intervenciones de prevención y promoción, mediante la educación para la salud, cuyo objetivo sea conseguir el mayor nivel posible de salud y su mantenimiento.

1.2. Concepto de la Educación Para la Salud

La estrategia clave para la aplicación de medidas para la promoción de la salud es *La Educación para la Salud* (EpS). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), *"La Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación diseñada para mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad"* [10]. Para ello se debe realizar un análisis de la situación, identificando y definiendo el problema en cuestión, estableciendo objetivos, intervenciones y la evaluación de éstas[8].

La educación para la salud, no es la mera transmisión de información a los individuos, ya que por sí sola, no conlleva una modificación en la conducta, sino que trata de que las personas, sean capaces de adoptar y aplicar, las medidas necesarias para la mejora de su salud, a través, de la adquisición de habilidades personales y de la motivación. Debe estar destinada a facilitar los cambios de comportamiento de forma voluntaria. Sus principales características son las siguientes[8,9]:

- La responsabilidad de la toma de decisiones acerca de su salud, recae en el individuo y en la comunidad.
- La EpS va dirigida, tanto a la población sana para evitar los factores de riesgo que puedan contribuir al desarrollo de un problema de salud, como a la población enferma con la finalidad de evitar el empeoramiento del pronóstico de su enfermedad ya establecida.
- Se trata de educar a la persona, prestándoles ayuda y apoyo a lo largo de la adopción de comportamientos saludables. El profesional no debe imponer sus normas y culpabilizar al individuo, sino dirigirle y motivarle, realizando refuerzos positivos.
- Se deben tener en cuenta los medios de los que se dispone, tanto humanos como materiales para la realización de las intervenciones sanitarias, así como, la accesibilidad por parte de los individuos a quienes vayan dirigidas.
- La EpS no solo debe partir desde el ámbito sanitario, sino que debe realizarse desde cualquier sector, el laboral, el legislativo, el educativo, etc. Sería necesario que la educación sanitaria fuera abordada por equipos multidisciplinares, que aportasen las distintas perspectivas sobre un mismo problema, así como, las distintas herramientas de análisis.

1.3 Ámbitos de actuación de la Educación Para la Salud

La Educación para la Salud se aborda desde numerosos ámbitos dentro de la sociedad, y no únicamente desde el sector sanitario. Bien es cierto, que los profesionales sanitarios son primordiales en promover la salud en la comunidad.

En primer lugar, la EpS se debería iniciar en el entorno familiar, a través de la educación de padres a hijos, tratando de desarrollar comportamientos saludables. La educación en el hogar

debe ser fortalecida desde el ámbito escolar. La OMS afirma que *"Los cimientos más importantes de la salud de los adultos se construyen en la vida prenatal y en la primera infancia"* [11]. Teniendo en cuenta que la escuela es un espacio donde el niño forja su personalidad, se debe incidir en la adopción de hábitos saludables, que si son bien instaurados, pueden acompañarles durante toda su vida adulta[8].

Educar desde la infancia es una ventaja, pues los niños, en su mayoría, aún no han establecido hábitos perjudiciales para la salud. La captación de la población infantil en la escuela, facilita la intervención. En algunos centros educativos, cuentan con la participación de la enfermera que coopera junto a docentes, psicólogos, orientadores escolares, administrativos, etc., formando un equipo multidisciplinar, para la transmisión de conocimientos sobre conductas saludables y su aplicación en la vida cotidiana, motivando al alumnado a participar de forma activa. Las estrategias que se emplean, dependen de las características de los discentes, y tienen que adecuarse a las situaciones individuales, teniendo en cuenta, las diferencias personales, sociales y culturales[8].

El ámbito laboral es un sector que engloba a un gran número de personas y desde el cual, se puede integrar la educación para la salud, modificando conductas que sean negativas o adoptando aquellas que sean positivas. La educación para la salud en este entorno se centra principalmente en los riesgos derivados del desempeño de las labores del puesto de trabajo, tanto a corto como a largo plazo. Estos riesgos pueden desencadenar accidentes o el desarrollo de enfermedades tanto agudas como crónicas. Para reducirlos o eliminarlos, se emplean las medidas de seguridad física, la protección en cuanto a inhalación de productos tóxicos, el manejo del estrés, etc. En algunas empresas existe la figura de la enfermera del trabajo, cuyas competencias también engloban la función de la promoción de la salud [8,12].

Los Centros de Salud de Atención Primaria constituyen los principales núcleos sanitarios desde los cuales se deben realizar actividades para la promoción, la prevención y la educación para la salud. Los profesionales sanitarios que desarrollan su labor en ellos, constituyen el primer contacto del usuario con los servicios sanitarios. En este primer contacto, las enfermeras deben realizar una valoración holística del individuo, valorando los conocimientos, las actitudes, las capacidades y las habilidades relacionadas con su salud y la de su entorno, formulando objetivos realistas y planificando acciones conducentes a la consecución de una salud óptima. En definitiva, se emplea el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que en palabras de Alfaro (1999) *"es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados"* [13]. Se compone de cinco etapas consecutivas[13]:

- La valoración, es el proceso que permite obtener toda la información necesaria para identificar los problemas, las causas que los generan, así como, los aspectos físicos, sociales, culturales y espirituales que nos permitan identificar un juicio diagnóstico y terapéutico.
- El diagnóstico, realizando un análisis de dichos datos y formulando un juicio sobre la situación.
- La planificación, donde se establecen y priorizan los objetivos que han de conseguirse, así como las actividades necesarias para ello.
- La ejecución, se pone en práctica el plan de intervención que se ha propuesto para el logro de los objetivos.
- La evaluación, determinando su eficacia en términos del alcance de los objetivos establecidos. Se debe tener en cuenta que ésta se incluye en cada una de las etapas anteriores, en forma de valoración continuada.

La voluntariedad del cambio de estilo de vida del paciente es imprescindible para el correcto desarrollo de la educación sanitaria y consecuentemente, para el alcance de los objetivos propuestos de forma conjunta entre el profesional y el usuario[7,8].

Desde el ámbito hospitalario, se realizan actividades educativas que conciernen al correcto cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas derivadas de su motivo de ingreso. Se centra principalmente en la educación sobre los procedimientos y servicios que le serán prestados mientras permanezca hospitalizado y sobre el proceso de enfermedad actual[8].

Y por último, siendo un ámbito relativamente más novedoso, la educación para la salud en los medios de comunicación se ha convertido en un recurso que llega a la mayor parte de la población, y cuyo alcance debe ser medido con gran precaución y ser correctamente empleado. Tiene la capacidad y el poder de dar acceso a multitud de información que concierne a la salud y con ello, aumentar el nivel de conocimientos y la realización de actividades educativas. Hoy en día, la mayoría de las personas en nuestro país tiene acceso a alguno de estos medios, ya sea la televisión, la prensa, la radio, Internet, etc. No obstante, se debe realizar una exhaustiva selección de la información ya que no todo lo que aparece es cierto o puede ser producto de los propios intereses de quienes lo emiten. Los profesionales de la salud debemos actuar conjuntamente con los profesionales de la comunicación adquiriendo un compromiso de la calidad de la información[8].

1.4 Importancia de la educación para la salud en nuestra sociedad

La importancia de la EpS en nuestro siglo radica en que los principales problemas de salud residen en las situaciones de riesgo y hábitos insanos a los que se exponen las personas individual o colectivamente, bien de forma consciente o no. Como ejemplos más característicos cabe mencionar el tabaquismo y el alcoholismo, produciendo un elevado porcentaje de cáncer, o las prácticas sexuales sin precaución, fomentando, el contagio de infecciones de transmisión sexual[8, 14].

El principal reto al que se enfrenta la EpS es la adquisición de estrategias y herramientas para alcanzar su objetivo, la introducción de conductas saludables en la vida cotidiana de la persona y/o la modificación de aquellas que sean perjudiciales. Habitualmente, se tiende a la mera transmisión de información, siendo escasa o nula la influencia que ejerce en los cambios de comportamiento de los individuos[7,8].

CAPÍTULO 2: Educación para la Maternidad

2.1 Concepto de Educación para la Maternidad

A pesar de las nuevas tecnología y avances en el área obstétrica, sigue siendo imprescindible una buena educación y preparación sobre el proceso hacia la maternidad y paternidad. Durante el embarazo, el parto, el puerperio y el nacimiento del nuevo miembro de la familia, acontecen los cambios físicos y psicológicos más importantes en la vida de la mujer. Esta etapa es en general vivida con el futuro padre que también necesita la educación para ejercer su corresponsabilidad en el cuidado de los hijos. Para que este proceso se produzca con normalidad, es necesaria una educación sanitaria que sirva para afrontar los acontecimientos desfavorables y prevenir los factores de riesgo maternos y del recién nacido[15].

La *Educación para la Maternidad o Educación Maternal (EM)* es el conjunto de actividades empleadas para preparar a futuros padres para el proceso de embarazo, parto y puerperio, y en la transición a la paternidad. Se trata de un programa de educación sanitaria en el que se

emplean medidas de prevención y promoción de la salud con el objeto de contribuir a una vivencia positiva del embarazo, a facilitar el parto y el puerperio tanto física como emocionalmente, y a prepararse para la llegada del recién nacido y su posterior cuidado[15-17].

Un concepto a tener en cuenta es el de *Psicoprofilaxis Obstétrica (PO*), que se define como un método empleado para afrontar el dolor durante el parto mediante ejercicios respiratorios y técnicas de relajación. Su práctica repercute a niveles fisiológicos, mejorando la oxigenación y disminuyendo la tensión muscular; cognitivos, concentrándose en la respiración y la relajación como método de distracción del dolor; y psicológicos, reduciendo el miedo y proporcionando una percepción de control sobre la situación. Este método suele introducirse en los programas de EM como estrategia para el afrontamiento del dolor[18].

Al igual que cualquier otro programa de educación para la salud, la EM tiene como fin sensibilizar, disponer y enriquecer la confianza de los padres en su capacidad para desempeñar el papel activo y protagonista que les corresponde durante el embarazo, el parto y la crianza[16].

La educación maternal necesita del conocimiento pero la decisión final de los cambios necesarios, en las actitudes, dependen de las madres y los padres. La educación, va más allá de lo que es el parto y lo que se van a encontrar, necesitan tomar las riendas y decidir, qué quieren hacer, durante el embarazo, en el parto y después con el cuidado de su hijo[16].

Las premisas básicas para la educación para la maternidad son[15]:

- El sujeto activo del parto no deben ser los profesionales sanitarios, sino la mujer.
- La EM debe ser un facilitador del vínculo afectivo madre-hijo.
- El futuro padre también debe ser formado y preparado para la vivencia del nacimiento.

2.2 Evolución histórica: las principales escuelas de Educación Maternal

Ya en el siglo II d.C, el médico griego Sorano de Éfeso, utilizaba el fundamento de la psicoterapia durante el trabajo de parto. En el año 547, el físico alemán, Eucharius Rösslin escribió "*La mujer embarazada y las parteras de Rosegarten"* donde afirma que las parteras animaban a las mujeres en los intervalos de las contracciones, a subir y bajar escaleras, a pasear e incluso a cantar, disminuyendo el dolor y mejorando las respiraciones[15, 19].

Antes del siglo XX, los partos tenían lugar en los domicilios con la asistencia de las matronas y demás mujeres de la familia. A medida que se produjeron avances en la medicina, la asistencia de los partos se trasladó a los hospitales, siendo generalmente instrumentados. Es a principios del siglo XX cuando surgen los programas de educación maternal. Su principal objetivo era el de aliviar y disminuir la intensidad de los dolores del parto[19].

Nacieron varias escuelas de educación maternal, que implementaron diferentes maneras de mitigar el dolor y controlar la ansiedad. La mayoría de ellas desarrollaron estudios para lograr la analgesia en el parto mediante métodos psicológicos[15, 19].

En el año 1922, se emplearon las investigaciones de *La Escuela de hipnosis y sugestión vigil*. Los obstetras Schultze y Rhonhof demostraron que las sesiones de educación prenatal reducían el tiempo de transición a la hipnosis. No obstante, la hipnosis no fue un método efectivo para aliviar el dolor en el parto[15, 19].

En el año 1933, el obstetra británico Dick Read publicó "*Natural Childbirth"* donde explica el dolor de parto como un fenómeno fisiológico, creándose el triángulo *Miedo-Tensión-Dolor.* Los mecanismos de defensa ante el miedo al inminente parto, causarían tensión muscular y este a su vez, el dolor. A raíz de ello, propone el desarrollo de sesiones de relajación, técnicas respiratorias, charlas educativas, así como el fomento de la confianza en el equipo sanitario. Se

constituyen así los puntos de partida para los nuevos métodos que se aplican en la actualidad[15].

Hasta entonces los principales objetivos terapéuticos de estos métodos habían sido[15]:

- Reducir el dolor durante el parto mediante disminución de la afectividad.
- Disminuir su vivencia a través de la toma de conciencia.
- Facilitar el trabajo de parto con una adecuada regulación del tono muscular.

Posteriormente, en Rusia es donde Velvoski en el año 1949, adoptó la teoría del condicionamiento clásico de Paulov, describiendo el dolor en el parto como una reacción desencadenada por estímulos sociológicos y religioso-culturales. De esta manera desarrolló el método de *la Psicoprofilaxis Obstétrica*, empleando un lenguaje aséptico, métodos de relajación, ejercicios musculares y respiratorios, educación obstétrica e ideas positivas acerca de la maternidad, haciendo que la mujer tuviese una participación activa[15,19].

En el año 1949, partiendo del método de Velvoski, el obstetra francés Lamaze reafirma la necesidad de la compresión del proceso del parto, de la educación maternal, así como de la colaboración activa de la madre y la importancia de la presencia del padre. Le añade las técnicas de relajación propuestas por Dick Read para la realización de ejercicios corporales[15, 19].

En España, fue en el año 1955 cuando se comienza a explorar el tema del dolor en el parto. Una de las matronas más prestigiosas de España y pionera en el tema, Consuelo Ruíz Velez-Frías, publica su libro "*Parto sin dolor*"[15,19].

En el año 1956, Aguirre de Cárcer crea la Escuela de Sofropedagogía Obstétrica o Educación Maternal en Madrid. Se promueve la adquisición de conocimientos necesarios por parte de la mujer y su pareja para hacer frente al parto, viviéndolo con plena consciencia y habiendo reducido su miedo. Este modelo es la base de los programas de EM en España y persigue los siguientes objetivos[15]:

- Dotar de los conocimientos necesarios para preparar en maternidad y paternidad.
- Evitar los embarazos de alto riesgo para la salud tanto de la madre como de su hijo.
- Crear una participación activa hacia el embarazo.
- Preparar a la mujer para ser madre en el aspecto psicológico.
- Educar a los padres para relacionarse con su hijo.
- Disminuir la morbilidad y mortalidad perinatal.
- Reducir la morbilidad y mortalidad obstétrica materna.
- Disminuir las intervenciones durante el proceso de parto.
- Promover la lactancia materna desde el principio del embarazo.
- Estimular el aprendizaje de los padres.
- Intentar que el trabajo de parto sea lo más indoloro posible.

Posteriormente han emergido múltiples métodos de preparación para la maternidad alrededor del mundo. Uno de ellos es *"La participación del hombre en el parto natural"* de Robert Bradley en 1965, en el cual la pareja es quien debe asegurar la tranquilidad y seguridad de la mujer y entrenarla en técnicas respiratorias y de relajación. En el año 1977, el obstetra Michel Odent, extendió el parto en el agua, promoviendo el proceso fisiológico del parto[19].

2.3 Etapas de la Educación Maternal

Los programas de Educación Maternal deben comenzarse desde los primeros meses de gestación hasta el puerperio. Éstos pueden abordarse desde tres etapas, estableciendo objetivos y procedimientos adecuados a cada una de ellas[15]:

La primera etapa corresponde a la preparación para el embarazo. Los objetivos principales están relacionados con[15]:

- Los hábitos de vida saludables que aumenten el nivel de salud y bienestar de la mujer. Para lograrlo, se proporcionará información sobre los hábitos más correctos tanto para la salud de la madre como la de su hijo a lo largo del embarazo. Se tratarán temas como la alimentación, la higiene, el descanso, el ejercicio físico, los controles periódicos que deberán llevarse a cabo para el seguimiento de su embarazo, así como los cuidados para evitar las molestias más comunes, las náuseas, el estreñimiento, las infecciones urinarias, etc.
- La información biomédica sobre los procesos de fecundación, gestación, parto, puerperio y cuidados del recién nacido.
- Las creencias negativas y distorsionadas. Se pretenderá eliminar o reestructurar estos mitos mediante la introducción de ideas correctas y positivas, solucionando posibles dudas.
- Concienciar a la pareja y disponerla para adoptar actitudes positivas sobre la gestación y el nacimiento, así como promover su participación durante las etapas del embarazo, parto y postparto.
- Promover las relaciones satisfactorias y positivas en la pareja durante el embarazo, y abordar la sexualidad.

Es de especial importancia la captación precoz de la gestante durante el primer trimestre, informando a las embarazadas sobre el desarrollo de programas de EM[15].

La segunda etapa se centrará en la preparación al parto. Los objetivos a alcanzar en esta fase son los específicos del proceso de parto[15]:

- Mantener el mejor estado de salud posible en la embarazada.
- Instruir a la mujer para la colaboración y participación activa del nacimiento de su hijo. Se realizarán prácticas en grupo con la intervención de sus parejas. Se enseñaran las posturas más cómodas.
- Proporcionar a la mujer las herramientas necesarias para reducir el nivel de ansiedad. Se proporcionarán conocimientos sobre el proceso del parto, se le mostrarán las instalaciones donde va a ser atendida, se le presentará a los profesionales, etc.
- Controlar el dolor e informar sobre la utilización de la anestesia epidural, así como de las alternativas no farmacológicas. Se emplearán todas las técnicas disponibles para mitigar el dolor. Es recomendable aumentar la elasticidad muscular mediante la realización de gimnasia materna.

La preparación al postparto se aborda en la tercera y última etapa propuesta. Sus objetivos irán encaminados a mantener un nivel de salud adecuado durante el puerperio y a realizar los cuidados relacionados con el recién nacido[14]:

- Aumentar el nivel de salud de la puérpera. Para ello, se proporcionará información sobre las conductas y cuidados más saludables en esta etapa.
- Realizar prevención acerca de la depresión puerperal, mediante información sobre las situaciones que tendrá que afrontar, a nivel físico, psíquico y familiar.
- Mantener buenas actitudes en las relaciones con la pareja y la familia, mediante entrenamiento en habilidades comunicativas y en resolución de problemas.
- Enseñar a la pareja los cuidados físicos y psicológicos necesarios para el correcto desarrollo de su hijo y fomentar la participación del padre en la crianza.
- Proporcionar apoyo en la lactancia materna, proporcionando información y dotando a la mujer y al padre de habilidades para su correcta realización y mantenimiento.

La matrona realizará una visita a domicilio a los nuevos padres y a su hijo para asegurarse de su correcta evolución en el postparto[15].

En definitiva, una correcta y adecuada educación para la maternidad junto a los avances en el campo de la obstetricia, permitirán obtener resultados efectivos y satisfactorios[15].

2.4 Beneficios de los programas de Educación Maternal

Tras una exhaustiva revisión bibliográfica para conocer los beneficios que la Educación Maternal aporta a los padres y al recién nacido, se observa el gran desconocimiento que existe sobre su efectividad. La mayoría de los estudios llevados a cabo han sido difíciles de interpretar debido a las limitaciones de su diseño y al empleo de una muestra insuficiente, cuyos resultados no pueden extrapolarse al resto de la población. Representa un considerable coste y en cambio, sus efectos están pobremente evaluados[6]. En este epígrafe, se expondrán los efectos expuestos en la bibliografía consultada, así como su controversia.

2.4.1 Adquisición de conocimientos

El efecto de la adquisición de conocimientos de los padres sobre habilidades para el cuidado del recién nacido y la adaptación psicológica y social hacia la transición a la paternidad es, en gran parte, desconocido. Evidencias científicas demuestran que la educación para la maternidad incrementa los niveles de conocimientos en cuanto al parto[20].

En el artículo de Artieta-Pinedo et al.[20], se menciona la mejora en conocimientos sobre hábitos saludables, así como un cambio de comportamiento por parte de las embarazadas como es el abandono o disminución del hábito tabáquico, el incremento del consumo de lácteos y la realización de ejercicio físico.

Otros estudios también señalan su influencia en los hábitos saludables, identificando en las mujeres que asisten a EM, un mayor interés en el ejercicio físico y en una dieta equilibrada[17]. Sin embargo, otros autores señalan que sus efectos son dudosos en cuanto a la adquisición de conocimientos y que los contenidos no responden a las verdaderas necesidades en educación de las mujeres[21].

En cuanto a la etapa del puerperio, la educación maternal beneficia a las mujeres dotándolas de conocimientos sobre los cuidados puerperales, y sobre cómo reconocer los signos y síntomas de alarma durante este periodo[22].

Otro beneficio recogido en la revisión bibliográfica de Galiano y Rodríguez[4], es la mejora de la funcionalidad corporal de la embarazada, aumentando su agilidad, reduciendo el dolor de espalda y una mejor percepción de su imagen corporal.

2.4.2 Nivel de miedo, ansiedad y estrés

En los estudios realizados, se demuestra que los altos niveles de estrés y de miedo durante la gestación, influyen negativamente, tanto en la salud de la madre como en la del bebé. Se relaciona con nacimientos prematuros, bajos pesos al nacer, hiperactividad, irritabilidad y predisposición a padecer cólicos del lactante[18].

Diversos autores han comprobado que el adecuado apoyo durante la etapa prenatal reduce la ansiedad en el momento del parto, lo que supondría una reducción del dolor del parto y una experiencia más positiva. Por lo tanto, uno de los valores de la EM radicaría en ayudar a las mujeres a que estén psicológicamente preparadas para el momento del parto[5, 21].

El miedo también ha sido asociado a una mayor duración del proceso de parto y a la realización de cesáreas de urgencia. Por lo tanto, es importante abordarlo desde la educación maternal para reducir la ansiedad que provoca[16].

La educación maternal reduce la ansiedad, el miedo y el dolor, desmintiendo y esclareciendo ciertos mitos y prejuicios sobre el embarazo, parto y puerperio[4]. No obstante, Artieta-Pinedo et al.[20], señalaron que la asistencia a EM suponía una menor puntuación en ansiedad pero que esa disminución solo se producía en las mujeres de nacionalidad española, produciéndose un aumento en las inmigrantes. Bergstrom et al.[6], obtuvieron menores tasas de estrés durante la transición a la maternidad en las mujeres que asistían a EM, que en aquellas mujeres que solo acudieron a la preparación al parto mediante psicoprofilaxis obstétrica.

La EM conllevaría un aumento de la autoestima y de la satisfacción de la experiencia en el parto, y disminuiría la incidencia de depresión puerperal[16].

2.4.3 Lesiones del suelo pélvico

Encontramos resultados contradictorios en cuanto a lesiones vulvoperineales y su relación con la asistencia a programas de EM. Ciertos autores encontraron resultados de menores índices de desgarros vulvoperineales en las mujeres que habían asistido a clases de EM, un menor número de utilización de oxitocina y realización de episiotomías. Otros autores, sin embargo, no establecieron relación entre la EM y la aparición de lesiones del suelo pélvico[4,16].

2.4.4 Tipo de parto

Existen estudios que establecen mínimos efectos en cuanto a resultados obstétricos comparado con las mujeres que no acuden a la EM, mientras que otros autores señalan la total inexistencia de dicho efectos[5]. Artieta-Pinedo et al.[20], obtuvieron una mayor incidencia de partos eutócicos y un incremento de partos instrumentados en el grupo que no había asistido a EM.

2.4.5 Alivio del dolor

La educación maternal enseña diferentes estrategias de afrontamiento del dolor. No obstante, se considera un método analgésico no farmacológico de evidencia poco fiable según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia[5]. Estudios en la literatura científica no encontraron diferencias significativas en el empleo de la anestesia epidural en relación a la EM, mientras que otros determinan un menor índice de su uso. Ferguson et al.[5], determinan en su investigación que las madres que no acudieron a EM, fueron más propensas al uso de la anestesia epidural durante la fase latente del parto. Incluso hay estudios que señalan que las mujeres que habían acudido a las clases de EM, habían solicitado más la anestesia epidural que aquellas que no habían acudido ya que ésta predisponía a ello[5,6,20,23]. La EM tampoco determinaría el uso de otras medidas analgésicas según un estudio realizado en Jaén[23].

Bergstrom et al.[6], realizaron un estudio compuesto de dos grupos de futuros padres. En uno de ellos se empleaba únicamente la psicoprofilaxis obstétrica, promoviendo un parto natural sin medicación para el dolor. En el otro, se educaba a las parejas sobre el embarazo, parto y puerperio, sin mencionar la psicoprofilaxis obstétrica. No se obtuvieron diferencias significativas en cuanto al uso de la anestesia epidural. Estos resultados fueron justificados afirmando que los métodos analgésicos no farmacológicos, como la psicoprofilaxis obstétrica, son empleados de forma complementarias más que como sustitutos de la anestesia epidural. Se considera útil como método de distracción y estrategia para relajarse y controlar la

situación[24]. Escott et al.[25], en el Reino Unido, señalan que la práctica de estrategias de alivio del dolor como las técnicas respiratorias, las posturas adecuadas y los ejercicios de relajación, no garantizan que las mujeres las pongan en práctica durante el parto. El autor sugiere que el profesional sanitario es quien debe animar a la mujer a poner en práctica estas estrategias durante el trabajo de parto.

Aumentar la actitud y las ideas positivas durante el embarazo disminuye la sensación de dolor, mientras que las negativas lo aumentan, independientemente del uso de técnicas de alivio del dolor[25].

Otros estudios señalan a la autoeficacia como factor decisivo en el dolor del parto. En Hong-Kong, se realizó un estudio mediante una intervención educativa basada en el concepto de la autoeficacia de Bandura para hacer frente al parto. La autoeficacia se define como la confianza que tiene el individuo sobre sus capacidades para alcanzar un resultado deseado, siendo decisiva para la puesta en marcha de una conducta y su resultado. En este caso, este concepto haría referencia a la confianza de la madre sobre sus capacidades para atravesar el proceso de parto. La intervención consistía en mejorar la autoeficacia en primíparas para el manejo del estrés y del dolor mediante sesiones educativas. Durante el desarrollo de estas sesiones se proporcionaba información sobre el parto como un fenómeno biopsicológico, estrategias de distracción, ejercicios respiratorios y de relajación para el afrontamiento del dolor, relacionándolos con la autoeficacia, y la visualización de videos de parturientas y las habilidades empleadas por éstas durante el trabajo de parto. Los resultados obtenidos fueron una evidente reducción de los niveles de dolor y ansiedad durante el parto[26].

2.4.6 Reconocimiento del inicio de parto

En un estudio realizado en 2010 en Suecia, se evaluaron los efectos de un programa de EM para gestantes primíparas. Los resultados obtenidos fueron que las que participaron en el programa, llegaban con más frecuencia a la unidad de partos en la fase activa del parto, es decir, contribuía de forma positiva en el reconocimiento del inicio de parto, coincidiendo con otros estudios llevados a cabo[5]. Las embarazadas que han asistido a la educación maternal, acuden a urgencias por signos y síntomas que se hayan determinado como motivo de alarma. Este dato influye en la disminución de la carga de trabajo de los profesionales de la salud así como un correcto uso de los servicios sanitarios[3,20,27,28].

2.4.7 Duración de las fases del parto

En el estudio mencionado anteriormente, las mujeres habiendo participado en la EM llegaban al hospital con una diferencia de dilatación del cuello de útero de 0,9 centímetros respecto a aquellas mujeres que no acudieron a este programa[5]. Otros autores por el contrario, no encontraron una asociación entre la EM y el tiempo de dilatación[20,27].

2.4.8 Beneficios para el recién nacido

No se han demostrado resultados significativos en relación con el test de Apgar de los recién nacidos cuyas madres asistieron a la EM. Algunos estudios señalan que estos niños establecen el contacto piel con piel de forma más precoz y tienen menos posibilidades de tener un bajo peso al nacer[16].

Su influencia en la incidencia y el mantenimiento de la lactancia materna ha sido contradictoria en la literatura científica. Algunos autores coinciden en que no se establece una relación significativa entre la lactancia materna y la EM[20]. Por el contrario, en otros estudios se señala su beneficio en cuanto a su mantenimiento más allá de los dos meses de vida del recién

nacido, teniendo una relación directamente proporcional al número de clases de EM asistidas, y a la prevención de la aparición de grietas en el pezón y de mastitis, los primeros días después del parto[29].

En un estudio realizado en cuatro hospitales de Andalucía, se obtuvieron resultados en los que la asistencia a EM no tenía repercusión en el ingreso del recién nacido al servicio de neonatología ni tampoco en el alta temprana de las mujeres a su domicilio[22].

2.4.9 Red de apoyo para los padres

La educación maternal impartida en sesiones grupales supone una red de apoyo para los futuros padres, así como una manera de crear relaciones de amistad entre otras parejas que están atravesando por la misma experiencia. El trabajo en grupo permite el intercambio de opiniones y vivencias entre las personas que forman el grupo, así como con la matrona[20].

2.5 Programas de Educación para la Maternidad en España

Cada Comunidad Autónoma de España dispone de su propio modelo de programa de educación para la maternidad para orientar a los profesionales en su desarrollo.

Se han analizado tres programas de Educación Maternal propuestos por las Comunidades Autónomas de Cantabria, Andalucía y Cataluña. Los contenidos y metodología de estas diferentes guías se asemejan, así como la duración de sus sesiones.

El *Programa de Preparación para la Maternidad y la Paternidad* es la guía de EM más reciente de la Comunidad Autónoma de Cantabria y fue publicada en el año 2010. Se desarrolla desde la Atención Primaria por la matrona[30].

Se recomienda su realización en grupos cerrados, con un número fijo de asistentes si fuera posible, con el fin de favorecer el conocimiento y la confianza entre los participantes y el profesional. Se trata de una educación dinámica e interactiva entre los miembros del grupo y la matrona. El tamaño máximo de los grupos no debe superar las nueve o diez parejas[30].

Este programa consta de nueve sesiones para la mujer y su pareja, dos sesiones durante el segundo trimestre, seis durante el tercero y una última en el periodo postparto. Cada sesión tendrá una duración de 120 minutos[30].

Los objetivos del programa de EM propuesto son[30]:

- Favorecer el desarrollo fisiológico del proceso del embarazo, parto, nacimiento y lactancia materna.
- Fomentar la autonomía de la mujer en la toma de decisiones a lo largo de todo el proceso.
- Promover que las mujeres y su entorno tengan una vivencia satisfactoria de la experiencia del embarazo, parto y nacimiento.
- Contribuir a desarrollar modelos de maternidad y paternidad que fomenten la corresponsabilidad y la coeducación.
- Establecer canales de participación durante el proceso de gestación, de parto y de crianza, promoviendo que la pareja proporcione apoyo a la mujer durante todo el proceso.

Cada sesión estará formada por una parte teórica y otra práctica de trabajo corporal. Una peculiaridad de este programa es que se oferta una sesión únicamente dirigida a los padres para tratar los sentimientos que se derivan de la paternidad[30].

Se realizará una evaluación de las sesiones y otra al final del programa por parte de la matrona. Los asistentes también evaluarán el programa de EM, y los padres tendrán una evaluación de la sesión específica a la que acudieron[30].

La Junta de Andalucía publicó la *Guía Orientadora para la Preparación al Nacimiento y Crianza* en el año 2014[1].

Consta de seis sesiones, una durante el primer trimestre y cinco en el tercer trimestre, de una duración de entre 80 y 120 minutos. En cada sesión se realiza un breve ejercicio físico de 10 minutos[1].

Los contenidos se asemejan a los del programa de EM de Cantabria, salvo por la novedad de una sesión específica sobre *parentalidad positiva.* Ésta se define como *"un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes de los progenitores que favorecen un desarrollo saludable y una integración satisfactoria del recién nacido en el seno de su familia"*[1]*.* Sus principales aspectos a tratar son[1]:

- La vinculación postnatal.
- La sensibilidad parental: comprender y responder de forma adecuada al bebé, incluso en momentos estresantes.
- Conocimientos, expectativas y estereotipos parentales sobre el desarrollo del bebé.

La *Guía de Educación Maternal: preparación para el nacimiento* de la Generalitat de Cataluña fue aprobada en el año 2009. Este programa de EM consta de ochos sesiones, una en la que se explica la metodología de las siguientes sesiones, se presentan las parejas y se aborda el significado de la maternidad y paternidad; dos sobre el embarazo, sus cambios y bienestar; dos sobre el proceso de parto y sus diferentes tipos; una sobre el puerperio; y dos sobre el recién nacido y la lactancia materna. Tienen una duración aproximada de unos 110 minutos. Las sesiones son evaluadas por los asistentes[31].

2.6 Necesidades en educación de las usuarias

Actualmente, los cambios en el ámbito cultural, económico y social que se están produciendo, influyen en las necesidades de los padres ante el nacimiento de un hijo[32].

Habitualmente es la matrona quien desarrolla el programa de educación maternal. Este profesional debe ser consciente de los continuos cambios sociales que se producen en nuestro medio, relacionados con la maternidad y la familia[32].

En la bibliografía consultada, se identifica como la demanda más solicitada de formación, el cuidado del recién nacido, siguiendo en orden la lactancia materna y la analgesia durante el parto[32,33].

Se ha identificado una necesidad de mayor atención durante el postparto. No sólo en relación con los cuidados de la mujer durante el puerperio, sino también de los cuidados diarios del recién nacido. Durante la etapa prenatal, se les enseña a los padres los principales cuidados, no obstante, su necesidad de apoyo y reafirmación en su seguridad, no aparecen hasta que se enfrentan al cuidado de un niño real[34].

El apoyo proporcionado en la EM se suele centrar en el embarazo y en el parto, por lo que suponen ambos procesos en el nacimiento. Sin embargo, se ha detectado un inferior abordaje en la preparación para la maternidad y paternidad tras el nacimiento del hijo. Se debe proporcionar una continuidad de cuidados y educación que promueva una maternidad y paternidad saludables. Este es un periodo vulnerable, por lo que es importante una atención individual a las necesidades de los padres[34].

Las mujeres demandan también educación sobre el apoyo social, los autocuidados, los signos de alerta, los ejercicios de recuperación, la programación de la revisión ginecológica, los cambios emocionales y los loquios, durante la etapa puerperal[35].

Gómez-Ortiz et al.[35], identificaron desconocimiento de temas importantes en los cuidados, como la higiene en la episiotomía, los cuidados de la misma, productos que no se deben usar según la situación de la parturienta, el progreso de los loquios, la existencia de anticoncepción hormonal con progestágenos y la reanudación de las relaciones coitales con seguridad.

Los profesionales sanitarios deberían sensibilizar a las mujeres sobre la importancia que tiene una correcta educación y mantenimiento de la salud durante el periodo puerperal, ya que tienden a minimizar su valor[33].

2.7 El rol del padre en la Educación para la Maternidad

La función del padre durante el embarazo y el parto ha cambiado de forma radical a través de los años. Históricamente, se consideraba únicamente una tarea de la mujer. Se ha producido cierto abandono en cuanto a la figura del padre ya que las funciones que se le atribuían eran proveer a la familia y encargarse de mantener la disciplina. En el ámbito de la maternidad, solo se le daba el papel de transportar a la mujer embarazada hasta el hospital. Es en el siglo XX cuando surge la educación a los padres de manera formal, incluyéndolos en los programas de EM[34].

La EM ha sido identificada como una manera de educar al padre para un correcto y eficaz apoyo a la madre, contribuyendo a su bienestar, al de su hijo y al suyo propio[34].

Un estudio realizado en Australia, señala como uno de los beneficios de la EM, un mayor compromiso y participación del padre en todo lo relacionado con el embarazo, parto, puerperio y crianza del hijo[5,36].

El apoyo tanto del padre como de la matrona, aumenta la satisfacción de la experiencia, reduce la duración del parto, así como el uso de medicación para aliviar el dolor[34,36].

Las sesiones de EM pueden suponer una oportunidad para que el padre exprese sus sentimientos y emociones sobre su futura paternidad, y comparta sus miedos e inseguridades. El compromiso con su paternidad beneficia a su propia salud física y mental, y constituye un efecto positivo en el desarrollo social y cognitivo del niño[34].

Se destaca también el beneficio de la presencia de la figura del padre durante la paternidad en cuanto al apoyo en la lactancia materna[34,36].

Una cuestión discutida, es si la EM para los padres debería realizarse en exclusiva para ellos, aunque al analizar estudios que abordan este tema con los padres, éstos manifiestan que prefieren, sesiones conjuntas con su pareja, dónde se sienten más apoyados[34].

En la bibliografía revisada sobre la experiencia del padre en la EM, éstos refieren haber estado en segundo plano, recibiendo poca atención por parte del profesional sanitario y sintiéndose únicamente como el acompañante de la mujer. El profesional es quien debe integrar y comprometer a los padres en la EM para una experiencia más positiva[34].

En la educación maternal a los padres se deben abordan todos los cambios que se producen con la integración de un nuevo miembro a la familia. Deberían abordarse temas como[36]:

- Los cambios en las relaciones con la pareja, los amigos y la familia. Estos cambios están asociados con un incremento del riesgo de sufrir estrés y depresión durante el periodo postnatal.

- El compromiso con su papel de padre. El estrés tiene repercusiones en el establecimiento de la relación padre-hijo, disminuyendo la responsabilidad y el compromiso por parte del padre, aumenta el riesgo de que el niño desarrolle dificultades emocionales o conductuales, e incrementa las probabilidades de que la madre desarrolle una depresión o la empeore.
- El apoyo a la mujer durante el parto. El padre constituye el principal apoyo de la mujer embarazada. La participación de la pareja sirve para facilitar el proceso de parto, reduciendo la ansiedad y la depresión puerperal, el inicio y mantenimiento de la lactancia materna, refuerza la relación de la pareja, así como el lazo entre padre-hijo. Se les debe enseñar en qué deben colaborar y cómo servirle de apoyo a la madre, y explicarles lo que ella está experimentando durante todo el proceso de embarazo, parto y puerperio para que puedan responder mejor a sus necesidades.
- Mejorar la comunicación temprana entre padre e hijo.
- Entender el llanto del recién nacido para evitar que éste les sobrepase.

CAPÍTULO 3: Competencias relacionadas con la Educación Maternal impartidas en el Grado de Enfermería en diferentes universidades de España.

3.1 Normativa de regulación de la profesión de Enfermería

De acuerdo con la ordenación de las profesiones sanitarias definida en los artículos 2 y 7 de la Ley 44/2003, la profesión de Enfermería es una profesión regulada[37].

Una *profesión regulada* se define según el B.O.E del 20 de noviembre del 2008, en el cual se publica el Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo del 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, como "*la actividad o conjunto de actividades profesionales para cuyo acceso, ejercicio o modalidad de ejercicio se exija, de manera directa o indirecta, estar en posesión de determinadas cualificaciones profesionales, en virtud de disposiciones legales, reglamentarias o administrativas*" [38].

Las cualificaciones profesionales de formación mínimas reconocidas para ejercer la Enfermería, son establecidas el 7 de septiembre de 2005, por la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo[37].

Se estable la ordenación de las Enseñanzas Universitarias Oficiales, incluyendo al Grado en Enfermería, a través del artículo 12.9 del Real Decreto 1393/2007, del 29 de octubre, disponiendo que será necesario adecuar las competencias exigidas para el ejercicio de una profesión regulada en España a las condiciones del Gobierno y a la normativa europea[37].

El 8 de febrero de 2008, a través del Consejo de Ministros, se instauran las condiciones necesarias establecidas en los planes de estudios para la obtención de estudios oficiales de Grado que permita el ejercicio de la profesión regulada de Enfermería. Se acuerda que los requisitos de la formación deberán cumplir la normativa del Real Decreto 1893/2007 del 29 de octubre y aquellos propuestos por el Ministerio de Educación y Ciencia, en cuanto a objetivos y planificación de las enseñanzas del título se refiere. Igualmente, los planes de estudios garantizarán, la obtención de las competencias necesarias acordadas para el ejercicio de la Enfermería[37].

3.2 Concepto del Libro Blanco Título de Grado de Enfermería.

Un libro blanco es un documento en el cual se recogen aspectos como: el análisis de los estudios a nivel europeo, las características de las titulaciones europeas, los perfiles y competencias profesionales, y los estudios de inserción laboral de los titulados, entre otros. Ha sido elaborado por varias universidades españolas, dirigido por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). Su objetivo es el de obtener y diseñar un Título de Grado adaptado al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), mediante la realización de estudios y supuestos prácticos. Se trata de una propuesta presentada ante el Consejo de Coordinación Universitaria y el Ministerio de Educación y Ciencia, sirviendo de instrumento de reflexión[39].

3.3 Competencias específicas establecidas en el Libro Blanco para el desarrollo de la EM.

En este apartado se han analizado las competencias específicas de la formación de Enfermería, que son necesarias para el desarrollo de una correcta educación para la maternidad. Una competencia se define según el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)[40] como: "*el nivel de realizaciones que demuestra la aplicación efectiva de los conocimientos, capacidades y juicio"*. Para ello, se han seleccionado algunas de las competencias específicas que se establecen en este documento[39]:

Competencias asociadas con los valores profesionales y el papel de la enfermera, donde se señalan dos competencias relacionadas con la promoción de la salud que se describe como "*capacidad para trabajar de una manera holística, tolerante, sin enjuiciamientos, cuidadosa y sensible, asegurando que los derechos, creencias y deseos de los diferentes individuos o grupos no se vean comprometidos*" y "*educar, facilitar, apoyar y animar la salud, el bienestar y el confort de las poblaciones, comunidades, grupos e individuos cuyas vidas están afectadas por la mala salud, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o la muerte*".

Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas. Se establece una competencia relacionada con el Proceso de Atención de Enfermería, siendo la "*capacidad para responder a las necesidades del paciente planificando, prestando servicios y evaluando los programas individualizados más apropiados de atención junto al paciente, sus cuidadores y familias y otros trabajadores sanitarios o sociales"*.

Competencias para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos. Esta competencia hace referencia a las habilidades de la enfermería para el cuidado de las personas a lo largo de su vida, y se define como "*la capacidad para responder a las necesidades personales durante el ciclo vital y las experiencias de salud o enfermedad*".

Competencias interpersonales y de comunicación. Se destacan dos competencias necesarias para forjar una relación terapéutica entre enfermera-paciente. Se detallan como la "*capacidad para una comunicación efectiva con pacientes, familias y grupos sociales, incluidos aquellos con dificultades de comunicación*" y la "*capacidad para usar adecuadamente las habilidades de consejo y técnicas de comunicación para promover el bienestar del paciente*".

Otras competencias necesarias para el desarrollo de un programa de educación para la salud como la educación maternal: "educar, facilitar, apoyar y animar la salud", "responder a necesidades del ciclo vital" y "dar apoyo emocional".

En el Libro Blanco de Enfermería, se nombran competencias que se engloban en la materia de "*La Enfermería en diferentes etapas del ciclo vital"*, que incluye l*os cuidados de la infancia y de la adolescencia*, *cuidados de la mujer* y *cuidados del anciano*[39].

Competencias Específicas	Enfermería en Diferentes Etapas del Ciclo Vital
1.	Ser consciente de los diversos roles, responsabilidades y funciones de una enfermera.
2.	Capacidad para darse cuenta de que el bienestar del paciente se alcanza a través de la combinación de recursos y acciones de los miembros del equipo socio-sanitario de cuidados.
3.	Capacidad para informar, registrar, documentar y derivar cuidados utilizando tecnologías adecuadas.
4.	Capacidad para dar apoyo emocional e identificar cuándo son necesarios el consejo de un especialista u otras intervenciones.
5.	Capacidad de hacer valer los juicios clínicos para asegurar que se alcanzan los estándares de calidad y que la práctica está basada en la evidencia.
6.	Capacidad para mantener la dignidad, privacidad y confidencialidad del paciente.
7.	Capacidad para considerar los cuidados emocionales, físicos y personales, incluyendo satisfacer las necesidades de confort, nutrición e higiene personal y permitir el mantenimiento de las actividades cotidianas.
8.	Capacidad para emprender valoraciones exhaustivas y sistemáticas utilizando las herramientas y marcos adecuados para el paciente, teniendo en cuenta los factores físicos, sociales, culturales, psicológicos, espirituales y ambientales relevantes.
9.	Capacidad para representar adecuadamente la perspectiva del paciente y actuar para evitar abusos.
10.	Conocimiento relevante y capacidad para aplicar teorías de enfermería y práctica enfermera.
11.	Conocimiento relevante y capacidad para aplicar ciencias básicas y de la vida.
12.	Conocimiento relevante y capacidad para aplicar ciencias sociales, del comportamiento y de la salud.
13.	Conocimiento relevante y capacidad para aplicar ética, legislación y humanidades.
14.	Conocimiento relevante y capacidad para aplicar resolución de problemas y toma de decisiones.
15.	Capacidad para trabajar y comunicarse en colaboración y de forma efectiva con todo el personal de apoyo para priorizar y gestionar el tiempo eficientemente mientras se alcanzan los estándares de calidad.
16.	Es consciente de los principios de financiación de cuidados socio-sanitarios y usa los recursos eficientemente.

Tabla 3. Competencias específicas en "La Enfermería en Diferentes Etapas del Ciclo Vital".
Fuente: Elaboración propia.

Ninguna de las competencias específicas anteriormente nombradas, que han sido determinadas por la red de universidades que realizaron el Libro Blanco del Grado en Enfermería, aborda la EM o la salud durante el embarazo, parto o puerperio, de forma concreta[39].

3.4 Competencias específicas establecidas en comparación con las impartidas en el Grado de Enfermería en la Universidad.

Los planes de estudios del Grado en Enfermería de las distintas universidades españolas que se han consultado, se basan en el Libro Blanco y en la ORDEN CIN/2134/2008 de 3 de Julio publicada en el Boletín Oficial del Estado (B.O.E) el 19 de Julio de 2008, para el establecimiento de sus competencias. En ésta última, se determinan los requisitos de los planes de estudios para la obtención del Título de Grado para la profesión de Enfermería[39,41].

Para elaborar este epígrafe, se han consultado la Escuela Universitaria de Enfermería "Casa de Salud Valdecilla" de la Universidad de Cantabria y otras siete universidades españolas que se eligieron al azar, teniendo en cuenta la facilidad del acceso a su plan de estudios, las cuales son: la Universidad de Cádiz, la Universidad de la Laguna, la Universidad de Oviedo, la Universidad de Valladolid, la Universidad de Salamanca, la Universidad de Valencia, la Universidad de Santiago de Compostela.

Se han comparado las competencias específicas exigidas en la asignatura "Salud de la Mujer" de las universidades consultadas. Las que se muestran a continuación son aquellas que se repetían en más de una guía docente[42-49]:

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS EN SALUD DE LA MUJER
1. Identificar las características de las mujeres en las diferentes etapas del ciclo reproductivo y en el climaterio y en las alteraciones que se pueden presentar proporcionando los cuidados necesarios en cada etapa. ORDEN CIN/2134/2008 de 3 de Julio.
2. Aplicar cuidados generales durante el proceso de maternidad para facilitar la adaptación de las mujeres y los neonatos a las nuevas demandas y prevenir complicaciones. ORDEN CIN/2134/2008 de 3 de Julio.
3. Conocer los procesos fisiopatológicos y sus manifestaciones y los factores de riesgo que determinan los estados de salud y enfermedad en las diferentes etapas del ciclo vital. ORDEN CIN/2134/2008 de 3 de Julio.
4. Conocer los aspectos específicos de los cuidados del neonato. Ser capaz de proporcionar educación para la salud a los padres o cuidadores primarios. ORDEN CIN/2134/2008 de 3 de Julio.
5. Capacidad para considerar los cuidados emocionales, físicos y personales, incluyendo satisfacer las necesidades de confort, nutrición e higiene personal y permitir el mantenimiento de las actividades cotidianas (utilizando las habilidades). Libro Blanco, ANECA.

Tabla 4. Competencias específicas en Salud de la Mujer

Fuente: Elaboración propia.

Las competencias 1 y 2, se han establecido en las Universidades de Cantabria, Oviedo, La Laguna, Cádiz, Valladolid, Valencia y Santiago de Compostela. La número 3 en las Universidades de Cantabria, Valencia y Valladolid, y la 4, en las Universidades de Valencia y Valladolid. Por último, la 5 en la Universidad de Santiago de Compostela[42-49]:

La Universidad de Salamanca no tiene establecidas competencias específicas para esta asignatura, sino comunes a otras materias[42].

Otras competencias recogidas en la ORDEN CIN/2134/2008 de 3 de Julio, en el Libro Blanco de la ANECA y algunas elaboradas por las propias universidades son[42-49]:

- Identificar las necesidades de cuidado derivadas de los problemas de salud (ORDEN CIN/2134/2008 de 3 de Julio).
- Seleccionar las intervenciones encaminadas a tratar o prevenir los problemas derivados de las desviaciones de salud (ORDEN CIN/2134/2008 de 3 de Julio).
- Capacidad para informar, registrar, documentar y derivar cuidados utilizando tecnologías adecuadas, (Libro Blanco de Grado en Enfermería).
- Realizar los cuidados de enfermería basándose en la atención integral de la salud, la cooperación multidisciplinar, la integración de los procesos y la continuidad asistencial,

en coordinación con todos los niveles de la atención sanitaria y de otros recursos y servicios socio-sanitarios (ORDEN CIN/2134/2008 de 3 de Julio).

- Aplicar los principios que sustentan los cuidados integrales de enfermería (ORDEN CIN/2134/2008 de 3 de Julio).
- Capacidad para describir los fundamentos del nivel primario de salud y las actividades a desarrollar para proporcionar un cuidado integral de enfermería a la mujer, familia y comunidad (ORDEN CIN/2134/2008 de 3 de Julio).
- Conocer e identificar los problemas psicológicos y físicos derivados de la violencia de genero para capacitar al estudiante en la prevención, la detección precoz, la asistencia, y la rehabilitación de las víctimas de esta forma de violencia (ORDEN CIN/2134/2008 de 3 de Julio).
- Promover la participación de las personas, familia y grupos en su proceso de salud-enfermedad. Identificar los factores relacionados con la salud y los problemas del entorno, para atender a las personas en situaciones de salud y enfermedad como integrantes de una comunidad (ORDEN CIN/2134/2008 de 3 de Julio).
- Individualizar el cuidado considerando la edad, el género, las diferencias culturales, el grupo étnico, las creencias y valores (ORDEN CIN/2134/2008 de 3 de Julio).
- Analizar y reflexionar sobre las consecuencias del ser mujer y hombre en el proceso de enfermar, la atención diferencial que se recibe y el modo específico de afrontar el dolor y la enfermedad.
- Mantener y actualizar la competencia profesional, prestando especial importancia al aprendizaje de manera autónoma de nuevos conocimientos y técnicas y a la motivación por la calidad en la atención a la salud.

Al tratarse la educación maternal de un programa de promoción y educación para la salud, se han analizado las materias correspondientes a la "Enfermería Comunitaria". Las que se muestran a continuación son aquellas que se exigen en más de una universidad[42-49]:

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS EN ENFERMERÍA COMUNITARIA
1. Capacidad para educar, facilitar, apoyar y animar la salud, el bienestar y el confort de las poblaciones, comunidades, grupos e individuos cuyas vidas están afectadas por la mala salud, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o la muerte. Libro Blanco, ANECA.
2. Capacidad para describir los fundamentos del nivel primario de salud y las actividades a desarrollar para proporcionar un cuidado integral de enfermería al individuo, la familia y la comunidad. ORDEN CIN/2134/2008 de 3 de Julio.
3. Comprender la función y actividades y actitud cooperativa que el profesional ha de desarrollar en un equipo de Atención Primaria de Salud. ORDEN CIN/2134/2008 de 3 de Julio.
4. Promover la participación de las personas y grupos en su proceso de salud-enfermedad. ORDEN CIN/2134/2008 de 3 de Julio.
5. Identificar los factores relacionados con la salud y los problemas del entorno, para atender a las personas en situaciones de salud y enfermedad como integrantes de una comunidad. ORDEN CIN/2134/2008 de 3 de Julio.
6. Identificar y analizar la influencia de factores internos y externos en el nivel de salud de individuos y grupos. ORDEN CIN/2134/2008 de 3 de Julio.
7. Dirigir, evaluar y prestar los cuidados integrales de enfermería, al individuo, la familia y la comunidad. ORDEN CIN/2134/2008 de 3 de Julio.

Tabla 5. Competencias específicas en Enfermería Comunitaria

Fuente: Elaboración propia.

La competencia 1 es establecida en las Universidades de Cantabria, Cádiz, La Laguna, Salamanca, Santiago de Compostela y Valladolid. La número 2 se encuentra en las guías docentes de todas las universidades consultadas. La competencia 3, en las Universidades de Cantabria, Cádiz, La Laguna, Santiago de Compostela y Valladolid. La número 4 se encuentra en todas las guías docentes, salvo en la de la Universidad de Oviedo. Las competencias 5 y 6, se exigen en las Universidades de Cantabria, La Laguna, Salamanca, Valladolid y Santiago de Compostela. Y por último, la número 7, se incluyen en las guías docentes de Oviedo, Cádiz, Santiago de Compostela y Valencia[42-49].

REFLEXIONES

La transición a la maternidad y la paternidad es una de las etapas más importante y vulnerable que acontece en la vida de una pareja. La EM debería centrarse en preparar a los padres para afrontar los cambios que conlleva el nacimiento de un hijo.

El sistema sanitario invierte en recursos humanos y materiales necesarios para el desarrollo de los programas de educación maternal, siendo conveniente determinar su efectividad. A pesar de que algunos autores coinciden en que se producen efectos positivos como un menor uso de la analgesia epidural, una disminución de la duración del parto, así como el reconocimiento del inicio de éste, existe controversia en los trabajos revisados[4,5,27,32].

Una adecuada educación y preparación sobre temas, tales como el reconocimiento del inicio del parto por parte de la embarazada, contribuiría, entre otras cosas, a un uso racional de las urgencias obstétricas, evitando su saturación y reduciendo así, los costes que conlleva la atención especializada[3].

En relación a las demandas en educación por parte de la mujer, se ha detectado un desconocimiento respecto al autocuidado durante el periodo de puerperio. En consecuencia, se recomienda ampliar y reforzar estos conocimientos impartidos en la EM durante esta etapa[35].

No se debe olvidar que la educación maternal, como parte del programa de educación para la salud, deberá proporcionar a los futuros padres los conocimientos y habilidades necesarios para que puedan tomar sus propias decisiones. En este sentido, la mujer debe ser un sujeto activo durante el momento del parto, decidiendo en la medida de lo posible, las condiciones en las que quiere que se desarrolle, siendo su pareja una figura de apoyo para ella[15].

En ocasiones, la pareja pasa a un segundo plano en los programas de EM, dando únicamente prioridad a las necesidades de la mujer. Durante las sesiones de educación maternal, se debe fomentar la participación de la pareja, respondiendo a sus interrogantes, preparándole para apoyar a la madre y en el cuidado del recién nacido[34,36].

Es fundamental que la enfermería capte e incorpore futuros padres a los programas de EM, haciendo hincapié en los beneficios que ello puede suponer para su propia salud y la del nuevo miembro de la familia que se incorpora. Son muchos los programas de EM que el Sistema Nacional de Salud ofrece, aquellos que han sido consultados son semejantes en cuanto a estructura, contenidos y metodología empleada. Sería conveniente que los profesionales de enfermería adecúen sus intervenciones a los requerimientos de la población en materia de salud y en relación a las características de los nuevos modelos de familia, ajustando los contenidos, recursos y la metodología empleada[20,32].

La profesión enfermera es una profesión regulada de acuerdo con la Ordenación de las Profesiones Sanitarias, definida en los artículos 2 y 7 de la Ley 44/2003. Al tratarse de una

enseñanza universitaria oficial, se exigen una serie de competencias específicas para poder desarrollar sus funciones y adecuarse a nivel europeo[37].

La formación necesaria para el desarrollo de la EM, se debe basar en las competencias específicas de las materias de promoción y educación para la salud y de la salud de la mujer, que se imparten en el Grado en Enfermería. Las universidades consultadas proponen competencias específicas necesarias para el desarrollo de la educación maternal. Tras el análisis de algunos programas de Grado en Enfermería, se observan competencias coincidentes en todos los planes de estudios consultados. Sin embargo, no se han incluido todas las necesarias y propuestas por el Libro Blanco y la Orden CIN/2134/2008 de 3 de julio[39,41]. A la vista de los resultados obtenidos en los trabajos revisados, se podrían sugerir revisiones más exhaustivas de los planes de estudios para la formación de los futuros profesionales de enfermería en educación maternal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Junta de Andalucía. Guía orientadora para la preparación al nacimiento y crianza en Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014.

(2) Gobierno de Canarias. Preparación a la maternidad y paternidad: Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva. Las Palmas de Gran Canaria: Consejería de Sanidad; 2009.

(3) Fernández M. Impacto de los programas de educación maternal. REDUCA. 2009;1(2): 382-399.

(4) Galiano JM, Rodríguez MD. Contribución de la educación maternal a la salud maternoinfantil. Matronas Prof. 2014;15(4): 137-141.

(5) Ferguson S, Davis D, Browne J. Does antenatal education affect labour and birth? A structured review of the literature. Women Birth. 2013;26(1):5-8.

(6) Bergström M, Kieler H, Waldenström U. Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial. BJOG. 2009;116(9):1167-1176.

(7) Muñoz AG. Por una sociología de la promoción de la salud. Reflexionando a propósito de los programas de educación maternal. Praxis sociológica. 2014(18):135-154.

(8) Sáez S, Font P, Pérez R, Marqués F. Promoción y educación para la salud: conceptos, metodología, programa. 2ª ed. Lleida: Milenio; 2001.

(9) I Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Salud Pública Educ Salud. 2001;1(1):19-22.

(10) Organización Mundial de la Salud. Glosario de Promoción de la Salud. Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.

(11) Organización Mundial de la Salud. Salud 21: Salud para todos en el siglo XXI. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.

(12) Posada AS, Sánchez MDC. Actualización del código de Enfermería del Trabajo, acorde con los tiempos y leyes vigentes, a tenor del Código Internacional de la Medicina del Trabajo. Enferm Trab. 2013;3(1):12-19.

(13) Rodrigo MTL, Gómez MVN, Ferrín CF. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2005.

(14) Serrano MI. La educabilidad de la salud. ¿Tiene importancia la educación para la salud en nuestra sociedad?. En: Serrano MI. La Educación Para la Salud del Siglo XXI. 2ª ed. Segovia: Alezeia; 2002. p. 23-30.

(15) Pérez, MM. Preparación para la maternidad. Inquietudes. 2006;12(35):4-9.

(16) Martínez JM. Impacto del programa de educación maternal sobre la madre y el recién nacido [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2012.

(17) Serçeku P, Mete S. Effects of antenatal education on maternal prenatal and postpartum adaptation. J Adv Nurs. 2010;66(5):999-1010.

(18) Solis H, Morales S. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Horiz Méd. 2012;12(2):47-50.

(19) Fernández M. Análisis comparativo de las principales Escuelas de Educación Maternal. Index de Enferm. 2013;22(1):40-44.

(20) Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Remiro G, Odriozola-Hermosilla I, Bacigalupe A, et al. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. Nurs Res. 2010;59(3):194-202.

(21) Lee LY, Holroyd E. Evaluating the effect of childbirth education class: a mixed-method study. Int Nurs Rev. 2009;56(3):361-368.

(22) Martínez JG, Delgado M. Efecto del programa de educación maternal sobre la duración de la hospitalización del recién nacido y la madre tras el parto. Gac Méd Méx. 2013; 149(3): 250-253.

(23) Martínez JM, Delgado M. Nivel de dolor y elección de analgesia en el parto determinada por la realización de educación maternal. Rev Chil Obstet Ginecol. 2013;78(4):293-297.

(24) Bergström M. Psychoprophylaxis-Antenatal preparation and actual use during labour [tesis doctoral]. Stockholm: Department of Women's and Children's Health; 2010.

(25) Escott D, Slade P, Spiby H. Preparation for pain management during childbirth: The psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. Clin Psychol Rev. 2009;29(7):617-622.

(26) Ip W, Tang CS, Goggins WB. An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. J Clin Nurs. 2009;18(15):2125-2135.

(27) Maimburg RD, Væth M, Dürr J, Hvidman L, Olsen J. Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process. BJOG. 2010;117(8):921-928.

(28) Albiz L, Goñi J, Mejías A. Educacion maternal y reconocimiento del inicio del parto. Anales Sis San Navarra. 2009;23(2): 337-342.

(29) Martínez JM, Delgado M. El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. Rev Assoc Med Bras. 2013;59(3):254-257.

(30) Gobierno de Cantabria. Programa de Preparación para la Maternidad y Paternidad. Servicio Cántabro de Salud; 2010.

(31) Generalitat de Catalunya. Educación Maternal: Preparación para el nacimiento. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2009.

(32) Diez YG, Perruca MIS. Opinión de las matronas de atención primaria de Madrid sobre la evolución de los programas de educación maternal. Matronas Prof. 2007; 8(1):5-11.

(33) Galiano JM, Rodríguez MD. Demandas y valoración que hacen las mujeres del programa de educación maternal. Jaén: Universidad de Jaén; 2011.

(34) Shia N, Alabi O. An Evaluation of Male Partners' Perceptions of Antenatal Classes in a National Health Service Hospital: Implications for Service Provision in London. J Perinat Educ. 2013;22(1):30-38

(35) Gómez-Ortiz M, Labandeira P, Núñez M, Mengíbar A, Vallecillos S, Hernández A. Necesidades educativas sobre autocuidados y factores relacionados en el puerperio domiciliario. Matronas Prof. 2014;15(1):10-17.

(36) May C, Fletcher R. Preparing fathers for the transition to parenthood: Recommendations for the content of antenatal education. Midwifery. 2013;29(5):474-478.

(37) Resolución de 14 de febrero de 2008 de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación. Boletín Oficial del Estado, nº 50, (27 de febrero de 2008).

(38) Real decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado. Boletín Oficial del Estado, nº 280, (20 de noviembre de 2008).

(39) Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación [Internet]. Madrid: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación; 2004 [citado 27 febrero 2015]. Libros Blancos. Disponible en: http://www.aneca.es/Documentos-y-publicaciones/Otros-documentos-de-interes/Libros-Blancos

(40) Alexander M. Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista: Informe del proceso de elaboración y consultas. CIE. Ginebra; 2003.

(41) Orden CIN 2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Boletín Oficial del Estado, nº 174, (19 de julio de 2008).

(42) Universidad de Salamanca [Internet]. Salamanca: Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de Salamanca; c2014 [citado 20 abril 2015]. Grado en Enfermería: guía académica 2014-15. Disponible: http://www.usal.es/webusal/node/42834.

(43) Universidad de Valladolid [Internet]. Valladolid: Universidad de Valladolid; c2014 [citado 17 abril 2015]. Grado en Enfermería. Disponible en: http://www.uva.es/export/sites/uva/2.docencia/2.01.grados/2.01.02.ofertaformativagrados/2.01.02.01.alfabetica/Grado-en-Enfermeria-VA/

(44) Universidad de Cádiz [Internet]. Cádiz: Universidad de Cádiz; c2014 [citado 17 abril 2015]. Grado en Enfermería, 2014-15. Disponible en: http://enfermeriayfisioterapia.uca.es/docencia/grados/enfermeria/grado-en-enfermeria-2014-15

(45) Universidad de La Laguna [Internet]. Tenerife: Universidad de La Laguna; c2014 [citado 17 abril 2015}. Sección de Enfermería y Fisioterapia. Disponible en: http://www.ull.es/view/centros/eef/Guias_docentes/es.

(46) Universidad de Valencia [Internet]. Valencia: Universidad de Valencia; c2014 [citado 20 abril 2015]. Grado en Enfermería. Disponible en: http://www.uv.es/uvweb/universidad/es/estudios-grado/oferta-grados/oferta-grados/grado-

enfermeria-1285846094474/Titulacio.html?id=1285847387010&plantilla=UV/Page/TPGDetaill&p2=2.

(47) Universidad de Santiago de Compostela [Internet]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; c2014 [citado 20 abril 2015]. Grado en Enfermería: plan de estudios. Disponible en: http://www.usc.es/es/centros/enfermaria_stgo/titulacions.html?plan=13115&estudio=15968&codEstudio=15392&valor=9.

(48) Universidad de Oviedo [Internet]. Oviedo: Universidad de Oviedo; c2014 [citado 15 abril 2015]. Plan de Estudios. Gestión Académica. Disponible en: http://sies.uniovi.es/ofe-pod-jsf/web/oferta/seccion-5.faces.

(49) Universidad de Cantabria [Internet]. Santander: Universidad de Cantabria; c2014 [citado 5 mayo 2015]. Grado en Enfermería: asignaturas. Disponible en: http://web.unican.es/estudios/asignaturas?p=120&c=2015.