

**UNIVERSIDAD DE
MURCIA**



**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA
Y DE LA EDUCACIÓN**

**Adaptación de la pareja al embarazo como
proceso y promoción de la salud infantil**

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR:

ANA REGINA RODRIGUES

DIRIGIDA POR:

**DR. D. JULIO PÉREZ LÓPEZ
DR. D. ALFREDO G. BRITO DE LA NUEZ**

Murcia, julio de 2010

Para Francisco y Agar

Tom y Nora

Mis padres biológicos y políticos

Agradecimientos

¡Por fin ha llegado el momento más esperado, la primera etapa de este trabajo está concluida;

Ha sido un camino realmente largo en el cual me encontré con algunas piedras y una que otra dificultad, las cuales conseguí superar gracias al apoyo, inspiración y ayuda de las personas de quienes me he rodeado...

Barry Noonan, marido, compañero y amigo incondicional

Heloisa, Eliene y Eliara, hermanas entregadas y Vladimir un eslabón fuerte en nuestra cadena familiar

Sunny, Feli, Fátima, Leandro, Des y Orla, Johnny, Maria Eugenia, , Juanra y Francis, Rubén y Liliana, José Javier, Carlos, Araceli, Olga, Maria del Mar, Jana y Juan Antonio, Vanesa, Aurora y Angel, Joaquin , Imelda y Trevor, Marigel, Carmen Navarro, Manolo, Paqui, Carmina, Amalia y Dr. Avilés, Gregorio, Susan Highsmith, Emilio ...

Agradecer y nombrar a cada una de estas personas sin arriesgarme a dejar a alguien fuera de este reconocimiento público es una tarea casi imposible, por ello os digo a todos y cada uno de vosotros ¡GRACIAS, SOIS LOS MEJORES!

También doy las gracias a todas las madres y padres tempranos así como los bebés desde antes de nacer por enseñarme tantísimo a lo largo de todos estos años.

Y

A mis directores Dr. Julio Pérez López y Dr. Alfredo Brito de la Nuez, gracias por hacer vuestro mi trabajo.

Índice

página

Agradecimientos	iii
Introducción	1
Capítulo 1.	
<i>Maternidad y paternidad temprana</i>	5
1.1. Madres y padres tempranos	5
1.2. El hombre durante el proceso de hacerse padre temprano	19
1.3. La mujer durante el proceso de hacerse madre temprana	35
1.4. Pareja, embarazo y adaptación	43
Capítulo 2.	
<i>La vida antes del Nacimiento: ¿Sigue rasa la tabula?</i>	49
2.1. Embarazo y vida prenatal: A modo de reflexión	49
2.2. Algunos aspectos de la vida en el útero: sensación, percepción y aprendizaje	51
2.3. Movimientos, cambios y sueño	61
2.4. El vínculo prenatal	66
2.5. Los instrumentos de medida de vinculación prenatal: un poco de historia	74
Capítulo 3.	
<i>El entorno emocional</i>	85
3.1. Valoración de las emociones: maternidad, paternidad temprana y ansiedad	85
3.2. Algunas implicaciones de la ansiedad en el embarazo	92
3.3. Efectos de la ansiedad materna en el nonato	98
Capítulo 4.	
<i>Nueve meses después</i>	107
4.1. El parto	107
4.2. En el pasado...	126
4.3. Lo que queda por saber...	130
4.4. El nacimiento	134
4.5. La lactancia	143
4.6. Algunas investigaciones sobre lactancia materna	148

Capítulo 5.

Reflexiones sobre la salud y la perspectiva y prospectiva de la maternidad y paternidad temprana 157

5.1. Reflexiones sobre la salud y la enfermedad 157

5.2. Apuntes sobre salud infantil 160

5.3. Pasado, presente y futuro de la transición a la maternidad y paternidad 164

Estudio Empírico 171

Capítulo 6.

6.1. Planteamiento del problema 173

6.2. Hipótesis 176

Capítulo 7.

Método 177

7.1. Participantes 177

7.2. Instrumentos 181

7.2.1. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad 181

7.2.2. Cuestionario para la Evaluación de la Vinculación Afectiva Prenatal 183

7.2.3. Cuestionario de Áreas de Compatibilidad-Incompatibilidad en la Pareja 185

7.2.4. Datos y Anamnesis sobre Embarazo, Parto, Posparto y Nacimiento 186

7.2.5. Adaptación del Cuestionario de Palacios 1988 Sobre Ideas Previas de los Padres 186

7.3. Procedimiento 188

7.4. Análisis estadísticos 189

Capítulo 8

<i>Resultados</i>	191
Niveles de Ansiedad	191
Áreas de Compatibilidad-Incompatibilidad en la pareja	196
Escala de Vinculación Prenatal	199
Descriptivos para las Ideas Previas de los Padres y Madres	203
Descriptivos Postnatales	230
Hipótesis 1	231
Hipótesis 2	234
Hipótesis 3	235
Hipótesis 4	241
Hipótesis 5	242

Capítulo 9

<i>Discusión y Conclusiones</i>	243
9.1. Niveles de ansiedad en las parejas participantes	244
9.2. Grado de satisfacción con la pareja	246
9.3. Vinculación afectiva prenatal en padres y madres	248
9.4. Ideas de los padres y de las madres sobre el nonato y el recién nacido	251
9.5. Condiciones de las madres en el postparto y de los neonatos en relación con las variables expuestas.	256
Discusión Hipótesis 1	258
Discusión Hipótesis 2	261
Discusión Hipótesis 3	263
Discusión Hipótesis 4	266
Discusión Hipótesis 5	268

Referencias Bibliográficas	277
-----------------------------------	------------

Anexos	299
1. Cuestionario para la Evaluación de la Vinculación Afectiva Prenatal	301
2. Cuestionario de Áreas de Compatibilidad-Incompatibilidad en la Pareja	307
3. Datos y Anamnesis sobre Embarazo, Parto, Posparto y Nacimiento	311
4. Adaptación del Cuestionario de Palacios 1988 Sobre Ideas Previas de los Padres	315

Introducción

Este trabajo nace de nuestras reflexiones sobre el embarazo como un proceso de distintas fases que tiene implicaciones biológicas, sociales y psicológicas para la salud de la madre, del padre y del bebé no nacido. Lo planteamos así porque creemos que el embarazo, sino es gemelar es cosa de tres; y por ello reivindicamos un cuidado de la familia prenatal sana, que sea preventivo e integral.

Fernández (2006), nos sitúa en cuanto las disposiciones de la Organización Mundial de la Salud durante el embarazo. Empieza señalando que la atención prenatal adecuada es un derecho de toda mujer. Ello incluye la participación en la ejecución y evaluación de dicha atención. Añade que para que se pueda comprender la manera oportuna de atender adecuadamente el periodo perinatal es fundamental considerar los factores sociales, emocionales y sociales. Nosotros pensamos que los factores mencionados deben hacerse extensible al hombre, ya que también a él como padre en espera del nacimiento del hijo necesitamos atenderle de forma adecuada.

Asimismo consideramos que para algunos hombres y mujeres en cuanto que pareja, el embarazo puede provocar situaciones de estrés y ansiedad, incluso en la fase de preconcepción.

A todo ello hay que sumar los diversos cambios que implican las expectativas, dudas e incertidumbres que se ponen en marcha a través de mecanismos necesarios para la transformación de la unidad familiar de díada a tríada, preocupaciones sobre las posibles molestias, capacidad para gestionar los miedos, para hacer adaptaciones en las relaciones de pareja, entre otros muchos.

Ahora bien, si les proporcionamos a la pareja las herramientas necesarias para afrontar con eficacia esta etapa de su vida, estaremos también ayudando al bebé antes y después de nacer. El elemento preventivo viene apadrinado por el discurso de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), en el cual la salud es valorada como bienestar biológico ↔psicológico↔social. Dicho bienestar se puede ver alterado por las circunstancias físicas propias del embarazo.

Por ello, pensamos que un complemento psicosocial en el embarazo, es necesario, ya que se trata del primer peldaño de la transición a la maternidad y paternidad, así como de la transición del bebé intrauterino a recién nacido. El continuo ajuste y reajuste de la unidad familiar de díada a tríada que casi siempre conlleva una situación que puede venir cargada de preocupaciones, tanto a nivel de molestias corporales en ambos miembros de la pareja, como en las relaciones diarias y/o íntimas de la pareja, miedo al parto, dudas a cerca de la lactancia. Pasando por otros cuidados diarios que requiere el recién nacido, adaptaciones personales pudiendo, en algunos casos, llegar hasta a la situación de mantenerse y/o reincorporarse en el puesto laboral, entre otros muchos.

Sabemos que este tipo de preocupaciones a lo largo del embarazo, **puede** llegar a desencadenar tensión emocional y esta, a su vez **puede** provocar alteraciones psicológicas que podrían conllevar a complicaciones de importancia clínica, por un lado; y pronostica en el curso del embarazo, el desenlace del parto y del postparto, por otro. Pudiendo incluso llegar a un deterioro de la confianza de los padres en la futura crianza. Aunque siempre, claro esta, debemos considerar que cada mujer y hombre reaccionan de formas distintas durante un estado de tensión, estrés y ansiedad.

Entendemos también que el apoyo emocional en esta etapa vital no perjudicaría a ninguna pareja, más bien frenaría el efecto de onda expansiva que trae consigo, las tensiones emocionales y que en muchos casos afecta la

buena marcha de la vida de la pareja y por consiguiente, puede también alterar el bienestar del bebé antes y después de nacer como hemos mencionado anteriormente (Lederman, 1995, Shih-Hsien, Ruey-Hsia, Hui-Chen, Shu-Yuan y Fan-Hao, 2007).

Todo ello será discutido y argumentado a lo largo de nuestro trabajo de investigación ya que pretendemos estudiar y comprender algunos aspectos de la salud de la pareja durante el embarazo y su repercusión en el no nacido y en las características morfológicas del recién nacido.

Nos sentiríamos de sobra compensados si nuestro esfuerzo pudiera ser un eslabón más, en la cadena que forman otros trabajos y, aportásemos una modesta contribución en la tarea de promover y fomentar la educación prenatal, a través de la mejora de la calidad de vida de los padres y del hijo no nacido a través de los diversos mecanismos de apoyo y, por que no también de la maternidad y paternidad temprana. Facilitando información emocional y comportamental que proporcione conocimiento, acercamiento, como herramientas para la adaptación y comprensión de todas las etapas del embarazo, del parto y del postparto para que tanto la mujer como su pareja puedan afrontarlas con seguridad, confianza y en consecuencia, colaborar activamente en todo el proceso. Además de proporcionar las bases para la salud del bebé antes y después de su nacimiento.

Capítulo 1.

Maternidad y Paternidad Temprana

1.1. Madres y padres tempranos.

Cuando hacemos afirmaciones del tipo, “vamos a ser papás”, “estamos esperando un bebé”, “cuando nazca mi hijo...”, no siempre somos conscientes de que hemos cruzado el umbral que nos adentra en un período de una nueva transición de nuestro ciclo vital. Se trata de una etapa que conlleva grandes cambios y exige siempre algún nivel de adaptación, tanto para la pareja en sí como para cada uno de los individuos que conforman esta díada.

A lo largo de este nuevo camino hacia dicha transición, la espera del nacimiento de un bebé nos hace vivir momentos de sorpresa, alegría y realización, pero también de estrés, inseguridad, ansiedad y muchas veces temor (Rodrigues 1999, 2001). Ello puede deberse a desavenencias en la relación, a la propia historia personal, a la “ansiedad anticipatoria” causada entre otros por la previsión del parto, el impacto de la vuelta a casa, la preocupación por las habilidades en la crianza... Cualquiera que sean los diversos motivos posibles, biológicos, emocionales y/o sociales, lo cierto es que muchas veces, están en la base de este carácter ambivalente que estamos comentando, y pueden aparecer en cualquier momento del embarazo, influir en el parto y mantenerse en el postparto e incluso comprometer negativamente el cuidado del recién nacido.

Para algunas parejas esta nueva situación de sensaciones y sentimientos ambivalentes, pueden exigir cambios extremos y largos periodos de adaptación; para otras, se trata solamente de momentos de expectativa, de ejercicio de flexibilidad y de crecimiento personal.

Ahora bien, como el embarazo de la mujer lleva aparejada la vida intrauterina del bebé ¿Qué le pasa a él durante este periodo gestacional? ¿Qué sabemos de los nueve meses en útero materno? ¿Cómo acompañamos esta etapa de su vida, cómo cuidamos su bienestar?

Al repasar la actualidad sobre el cuidado prenatal, comprobamos que el nonato es directa o indirectamente objeto de valoraciones que permiten establecer su edad intrauterina, su viabilidad, la fecha aproximada de nacimiento y, como no, conocer su estado de salud. Se puede realizar un diagnóstico sobre posibles alteraciones o dificultades para su desarrollo posterior, si es preciso tratarlo y, si fuera el caso, incluso intervenirlo quirúrgicamente.

Aunque en la actualidad la tecnología nos permite incluso ver al nonato como protagonista de un video de una serie dedicada a la naturaleza en la National Geographic; en general, seguimos hablando y algunos hasta pensamos que sus capacidades, necesidades y derechos sólo van a aparecer a partir de su nacimiento.

En las diferentes culturas encontramos creencias que se mantienen a lo largo de los tiempos en cuanto a las influencias sobre la criatura que va a nacer. Éstas pueden manifestarse en diferentes hechos, acontecimientos e intermediarios que van desde la magia y los espíritus, pasando por los dioses, teorías de la reencarnación, planetas y cartas astrales, hasta llegar a las diversas explicaciones de los movimientos del ser no nacido y/o a las experiencias y antojos de la mujer durante el embarazo.

Los aborígenes australianos, por ejemplo, creen que los bebés vienen de la tierra. Los indios *seri*, de Méjico, sostienen que en los últimos meses del embarazo el nonato está sentado dentro del vientre con la placenta sobre su regazo (Dunham, Myers, Barnden, McDougall, y Nelly 1992). En la Roma antigua era costumbre que, en algún momento del embarazo, las mujeres visitasen los templos para que la belleza de las estatuas de los dioses actuasen a modo de inspiración o modelo de perfección para el nonato (Rodríguez 2001).

En la actualidad, en nuestras latitudes, algunos de nosotros, restamos importancia a los aspectos psicosociales de la etapa vivida en el útero materno y tampoco, reconocemos al padre, como parte de este proceso, más allá de la aportación del espermatozoide. Con relación al padre, cabe apuntar que una parte de la sociedad ya comienza a dar importancia al hecho de que se involucre, que pueda dar y recibir apoyo, abrirse a nuevas experiencias y sentimientos, conocer la evolución del embarazo de la mujer y la vida de su hijo antes de nacer.

En relación a la vida en útero, aunque todavía queda mucho que aprender, tenemos que empezar por recordar que, para una parte de la sociedad occidental, los nueve meses de vida intrauterina no existen mas allá de lo que pueda observarse en los cambios de la figura de la madre. Tanto es así que solemos decir que la edad del bebé al nacer es de cero meses. Ello implica que pasamos por alto la importancia de todo el aprendizaje prenatal. Parece ser que no somos conscientes de que el nonato se prepara en el útero para ser “la personita” que nace, y se adapta a una nueva etapa de su vida, para seguir el ciclo de transiciones del desarrollo humano y que le llevará a ser, en la madurez biológica, un potencial futuro padre o madre.

Llegado a este punto, nos interesa rescatar el consabido hecho de que los adultos que deciden y/u optan por constituir una familia con hijos, lo pueden

hacer a través de la adopción, o por la concepción acaecida tras la unión del óvulo y del espermatozoide que se produce a través de una relación sexual, más o menos “consciente”, entre un hombre y una mujer, en su intento por plasmar su deseo de procrear. En este caso, estaríamos hablando de reproducción natural; pero también podríamos describir un proceso similar mediante reproducción asistida llevada a cabo con células propias o “donadas”, y si todo va bien, se vivirá el embarazo, proceso que empieza con la fecundación del óvulo y culmina, idealmente nueve meses después con un acontecimiento que contiene dos eventos simultáneos: el parto de la mujer y el nacimiento del niño.

Después de la confirmación del embarazo el desarrollo de la gestación es cada vez más evidente sobre todo, a través del aumento del volumen del abdomen de la mujer. En nuestras latitudes, desde atención primaria se le aplica el protocolo previsto, la sociedad provee ropas y cremas específicas, infinidad de revistas, libros especializados, con más o menos rigor científico, y todo tipo de comentarios, unos de ánimo y apoyo, y otros basados en retazos de recuerdos propios o ajenos y que suelen estar idealizados por el paso del tiempo o son terroríficos al estar filtrados por los miedos vividos, hayan sido reales o imaginados.

En lo referente a los aspectos emocionales y/o psicológicos, aún hoy en día, son cuestiones, por lo general, olvidadas o tamizadas por mitos y fantasías que luego pasan a formar parte de una especie de folclore que muchas veces desinforma y confunde, y que en otras ocasiones enmascara la necesidad de un modelo biológico↔psicológico↔social de promoción de la salud durante el embarazo.

Este tipo de enfoque para ser efectivo tiene que ser necesariamente multiprofesional e interdisciplinar y además debería incluir al padre y al bebé no nacido ya que el nonato empieza in útero, una de las etapas más importantes

de su vida, y su desarrollo posterior, de alguna manera, estará marcado por esta fase prenatal (Nathanielsz 1995; Rodrigues 1999, 2001; Delgado 2001; Ridgway y House 2006; Gouni 2008).

La vida prenatal, como sabemos, se clasifica desde la embriología en tres períodos de desarrollo: germinal, embrionario y fetal (England 1993; Nathanielsz 1995; Craig 1998; Delgado, 2001 y Ridgway y House 2006). Entendamos algo más de dicha clasificación y veamos brevemente las características de cada uno de estos períodos:

El período germinal o preembrionario, dura unas dos semanas, es una fase de rápida división y de diferenciación celular.

El embrionario, se extiende desde finales de la segunda semana hasta el final del segundo mes. Durante este tiempo, se van formando las estructuras y los principales órganos de la criatura concebida.

Por último *el período fetal*, que empieza en el tercer mes de la gestación y acaba en el momento del nacimiento, es el período de maduración y de funcionamiento de todos los órganos, de la mayoría de los sistemas y de las estructuras del bebé no nacido.

En cada uno de los períodos mencionados se dan momentos de gran relevancia para el desarrollo durante la etapa uterina. Entre ellos destacamos los siguientes:

- o En cuanto a la formación de estructuras, uno de los momentos relevantes en el período embrionario es la aparición de la placa neural en la quinta semana de gestación ya que marca el comienzo del desarrollo del cerebro (Linderkamp, Janus, Linder y Skorupa 2009).

- En la semana 12 el nonato ya cuenta con el sistema nervioso autónomo (Nathanielsz 1995).
- También a las 12 semanas, responde a estímulos de presión y tacto, puede tocarse los pies con las manos, se aleja de los objetos que le tocan accidentalmente y después de un cierto período de tiempo vuelve acercarse a dichos objetos (Ridgway y House 2006).

A partir del tercer mes de vida intrauterina el bebé no nacido comienza a ser más activo y a responder a estímulos. A esa edad puede movilizar los miembros inferiores, encoger los dedos de sus diminutos pies, doblar las muñecas, fruncir el ceño y hasta tragar líquido amniótico. Sabemos, además, que en su vida intrauterina el bebé prefiere líquido amniótico endulzado y muestra disgusto cuanto se le presenta un sabor amargo (Macfarlane 1978; Ridgway y House 2006).

- También es posible conocer antes del nacimiento algunas de las capacidades del “inquilino” del útero, por ejemplo responder a sonidos ya sean estos de alta o baja frecuencia, movimientos oculares durante el sueño y también cuando cambia de postura. Los sueños en el nonato pueden ser comprobados a través de los movimiento rápidos de sus ojos, es decir el patrón de sueño MOR que está presente en útero (Ridgway y House, 2006).

Tomando en cuenta los conocimientos acumulados hasta la fecha, sobre la vida antes de nacer ya no podemos seguir creyendo que el útero sea un lugar al que solamente puede acceder el espermatozoide. Si somos coherentes, ya no es posible mantener la creencia de que el útero es una especie de panteón donde no existe ninguna influencia de estímulos internos, ni externos desde el cual, y pasados nueve meses, la vida irrumpe de repente (MacFarlane 1978). Pero tampoco es menos cierto que en nombre de esta misma coherencia, debemos

tener presente que todavía nos encontramos en plena etapa de aprendizaje sobre el complejo proceso de la vida del bebé no nacido. A través de las palabras de Eskes, y que pensamos que todavía se mantienen vigentes hoy en día, "...el enfoque multidisciplinar debería garantizar el progreso y comprensión de lo que yo considero el tema más difícil de estudiar: la vida humana desde la concepción hasta el nacimiento" (citado en Nijhuis 1992 p. xix). Por nuestra parte, añadimos que dentro de las disciplinas responsables de dicho enfoque no debería faltar el peso específico de las diferentes áreas de la psicología.

Desde este punto de vista, y a nuestro entender, es hora de que nos acostumbremos a ver y a tratar al nonato como un ser sensible a los estímulos que le llegan, tanto directa como indirectamente, y además con necesidades específicas que solo se le pueden satisfacer con nuestro ejercicio de responsabilidad.

Al contrario de lo que pudiera parecer, este no es ni mucho menos un discurso pionero y tampoco una forma nueva y vanguardista de reivindicación del bebé prenatal, ya que la idea de que el bebé no nacido es capaz de percibir los aspectos de su hábitat intrauterino ha sido ampliamente aceptada y mencionada desde la antigüedad.

Macfarlane 1978, contribuye con datos históricos tales como:

- ❖ Hipócrates 400 (a.C.) y Serenus siglo I (d.C), estaban convencidos de la influencia de la embarazada sobre el niño que lleva en su vientre.
- ❖ En China desde tiempos inmemoriales, se organizaban clínicas prenatales para garantizar la tranquilidad de la madre para así beneficiar a su hijo no nacido.

- ❖ En la Edad Media existía la creencia de que la magia y los demonios influían en los niños y las comadronas eran tildadas de brujas.
- ❖ Sir Thomas Browne en 1642 defendía que los seres humanos somos unos meses mayores de lo que sabemos ...
- ❖ Leonardo Da Vinci afirmaba que “las cosas deseadas por la madre aparecen a menudo impresas en los miembros de aquel niño que llevaba en su seno en el momento de sentir el deseo. Así pues deducimos que es una misma alma la que rige ambos cuerpos, y el mismo cuerpo alimenta a los dos”.

Hepper (1990), también nos ofrece ejemplos:

- ❖ Desde la India, siglo VI (a.C.) Susruta, reconocido médico de la época, proponía su hipótesis de que el feto a las 12 semanas es capaz no sólo de percibir su medio físico sino también de buscar, activamente, sensaciones.
- ❖ Empédocles, en el año 490 (a. C.) ya decía que el desarrollo del embrión podría estar guiado por el estado mental de la madre y, por ello, sufrir su interferencia.
- ❖ Aristóteles por ejemplo, aunque creía que el embrión humano estaba compuesto por la sangre de la menstruación, fue el autor del primer compendio de embriología, adelantándose a su época por su amplia visión de la naturaleza viviente. Con su teoría dio paso a una embriología teológica, ya que defendía que en las diferentes etapas del desarrollo el embrión incorporaba tres almas distintas, acorde con el grado de vitalidad en que se encontraba: la nutritiva, la sensitiva y por último la racional.

- ❖ Sir Kenelm Digby intentó explicar la fobia a las espadas que sufría Jaime de Inglaterra a través de una teoría que se apoyaba en las influencias sufridas por éste en su vida intrauterina.

- ❖ En 1882, Wilhelm Preyer llamó la atención hacia los aspectos evolutivos de la conducta precoz publicando la obra “El alma del niño”, en la cual relataba el desarrollo mental de su hijo. Pero no fue hasta 1885, cuando este mismo autor revolucionó la comunidad científica, describiendo los procesos vitales del embrión. Este libro se titulaba “Fisiología Especial del Embrión” y trataba temas tales como: la respiración, la circulación, la nutrición, la regulación térmica, además de la motilidad y la sensibilidad del feto humano y de embriones animales.

- ❖ En los siglos XIX y XX, cuando surge la embriología sistemática, el período prenatal, o en palabras de Gesell, de “escrutación de los orígenes”, ha generado siempre un gran interés, en un principio especulativo, pero que poco a poco han ido generando las bases de una interpretación más científica.

- ❖ Otro acontecimiento relevante para el conocimiento del feto humano se dio en 1928, fecha en que se publicó el trabajo sobre la conducta de fetos quirúrgicamente extirpados de Minkowski, cuyo título era “Estudios Neurobiológicos en el Feto Humano”, siendo precursor de muchas otras investigaciones tanto en muestras humanas como de otros mamíferos, aves, reptiles y anfibios.

Enlazando lo anterior con tiempos más cercanos, quizá podríamos considerar los años 70 del siglo XX, como el momento de situar el comienzo de los primeros indicios irrefutables de que el nonato es un aprendiz aventajado.

Estos avances se han producido gracias a la utilización de los ultrasonidos como instrumento de exploración de las etapas del desarrollo intrauterino, y han evidenciado la capacidad de movimiento en el útero desde etapas muy tempranas de la gestación (de Vries 1985).

Pero a pesar de los avances tecnológicos, aún hoy en día muchos de los occidentales, todavía, seguimos creyendo que el bebé nace con cero meses de edad, como ya hemos mencionado, y otros creen que no ve, que no oye y que es una tabula rasa. No obstante, nosotros podemos afirmar y afirmamos que los datos acumulados desde diferentes campos y disciplinas, muchos de ellos con una buena base empírica, nos permiten defender que el bebé cuando nace cuenta con nueve meses de experiencias vividas en el seno materno (Rank y Graber 1924 citado en Janus 2001; Sontag 1941, 1966, Spelt 1948 y Ferreira 1960 citados en Macfarlane, 1978; Verny 1988, 1992 y 2002; Chamberlain 1988; Lafuente 1995; Rodrigues 1997, 1999, 2001 y 2004; Ferrari 2000; Relier 2001; Gluckman 2001; Reynolds, Walter, Syddhall, Andrew, Wood, Whorwood y Phillips, 2001; Imbert 2004 y 2005; González-González, Suárez, Pérez-Piñero, Armas, Doménech y Bartha 2006; Linder 2008; Gouni 2008; y Sapolsky 2008).

Así pues, y a modo de reflexión, nosotros llamamos la atención sobre el hecho de que a lo largo de nuestra historia, a medida que vamos avanzando en los conocimientos sobre cómo el ser humano es concebido, vive en el útero materno, nace, interactúa con su medio y sus circunstancias, crece, se hace adulto, procrea, envejece, enferma, mantiene su salud, y muere; vamos cambiando, algunas veces a regañadientes, nuestras creencias, actitudes, hábitos y muchas veces también comportamientos. Es lo que tendremos que hacer para reconocer y asumir los nueve meses de vida prenatal.

Dentro de este contexto, no es descabellado esperar o más bien pedir que como sociedad volvamos a pensar en qué momento deberíamos ubicar el comienzo de la maternidad y la paternidad. Sea como fuere nosotros

proponemos adelantar el momento de ser padres y madres para así cubrir la necesidad del bebé de protección y cuidado de sus padres antes de nacer.

A partir del momento que conocemos las capacidades del nonato, aprendemos sobre sus necesidades y buscamos medios y métodos para estudiar la importancia de las experiencias vividas en la etapa pre y perinatal; debemos protegerlo y atenderlo anticipando de esta manera nuestra responsabilidad hacia él. Por coherencia, deberíamos empezar dotándole de progenitores-cuidadores antes de ser reconocido como ciudadano o ciudadana de una sociedad determinada.

Por todo ello, en algún momento, tendremos que aceptar, aunque sea a regañadientes una nueva forma de hablar sobre la maternidad y paternidad. Todos los hombres y mujeres biológicamente adultos pasarán a ser llamados futuros padres. Los padres y madres expectantes serían los que están intentando tener descendencia. Durante el embarazo los padres y madres deberían vivir la paternidad y maternidad temprana; y en el caso de embarazo de adolescentes, un gran problema social pendiente de solución, se daría el adjetivo de precoz (Rodrigues 2001).

Algunos autores citados a lo largo de este apartado defienden una maternidad y paternidad más temprana todavía, ya que valoran la importancia de la preconcepción. Es decir, desde el instante en que la pareja decide que es el momento de buscar la concepción del bebé debe de hacerlo de forma consciente y responsable. Nosotros consideramos que la maternidad y la paternidad activa se inicia cuando uno o los dos miembros de la pareja empiezan "a contar" con su hijo no nacido en los reajustes de hábitos, en las metas personales y profesionales, y las costumbres cotidianas. Para así, incorporarlo en su modo de vida en algún momento del embarazo, pensando siempre que cuanto más tempranamente se haga, mejor será. Porque ello puede significar el preludio que anuncia positiva o negativamente, que el bebé aún dentro del útero

materno, ya empieza a hacerse sentir, a estar presente, activo y ojala que también integrado en la vida de sus padres.

Pero una vez más, tenemos que afirmar que nada de ello es novedoso, pues en el libro de Wayne Muller (1996), "How, then, shall we live?" se atribuye a Jack Kornfield, la historia en la que se narra que en una tribu africana se considera como fecha del nacimiento de un bebé el día en que su madre piensa en concebirlo.

Cuando una mujer decide que va a buscar un hijo, se sienta sola debajo de un árbol y espera hasta que oye la canción del niño que quiere venir. Después de eso se encuentra con el hombre que va a ser el padre y le enseña la canción del bebé. Cuando la pareja va a mantener relaciones sexuales, reservan un momento para cantar juntos la canción del niño, para así invitarlo a que venga. Cuando la madre está finalmente embarazada, enseña a las parteras y a las mujeres mayores del pueblo la canción de su hijo, para que en el momento del nacimiento del bebé, la canten a modo de bienvenida. A medida que la criatura va creciendo, los demás habitantes van aprendiendo la canción, para que cuando el niño se caiga y quizá se haga daño en las rodillas, la persona que lo ayude le pueda cantar su canción. Si la niña o niño hace algo importante o cuando pasa por el ritual de la pubertad todos cantan su canción a modo de homenaje. Esto sigue a lo largo de la vida, por ejemplo, en una boda se canta la canción de cada uno de los novios. Llegado el momento de despedirse de la vida, ya por última vez, también se les canta su canción.

Sería interesante sacar una moraleja de esta costumbre africana, en el sentido de que si algo similar sucediera en nuestra cultura, estaríamos hablando de maternidad y paternidad responsable y consciente. No tendríamos embarazos no deseados y así evitaríamos el disgusto de la madre y, consecuentemente, se podría prevenir que el nonato estuviera expuesto a las sustancias químicas que los humanos solemos segregar en situaciones de

angustia y ansiedad. El padre, por otro lado, estaría conscientemente presente en la vida de su futuro hijo y en ningún caso se encontraría con sorpresas desagradables si un mes después de un encuentro sexual se le informara que engendró un niño.

Por supuesto, que no estamos proponiendo el aprendizaje y puesta en práctica del ritual africano, pero sí un enfoque de educación antes de la concepción para la promoción de la salud.

Sea como fuere, nosotros pretendemos que se valore en su justa medida la vida antes de nacer y la importancia de la relación afectiva con el nonato. También enfatizar el carácter preventivo que puede tomar la asunción de la maternidad y paternidad temprana. A través del conocimiento de las características, necesidades y capacidades del hijo antes de nacer, del alcance de las consecuencias de los hábitos y actitudes de los padres tempranos a lo largo de la transición a la maternidad y paternidad. Todo esto, sin dejar de considerar los beneficios de la adquisición de estrategias de afrontamiento y cuidados durante la espera del nacimiento del bebé, ya que de antiguo sabemos que algunas facetas de las habilidades maternas y paternas son instintivas, pero también tenemos evidencias de que muchas otras se pueden y deben de aprender, y nueve meses de entrenamiento puede ser un buen comienzo.

No pretendemos defender la idea de que notar la “presencia” del bebé no nacido significa paternidad y maternidad temprana “válida”. La percepción y aceptación de la hija o hijo no nacido por la pareja o por uno de sus miembros, puede ser vivida como una espera marcada por los tintes del pasado, en forma de historias de embarazos, partos y nacimientos que hayan acontecido en la familia o en su entorno cercano. El miedo a no ser capaz de dar la talla, la preocupación por su profesión, por el desempeño de su papel en la tríada, los avatares de la edad, una amniocentesis, la epidural, el miedo al hospital, la

percepción de incapacidad para administrar sus emociones negativas, entre otros, son factores que, lo sepan o no los padres, afectan a su bebé.

Por todo ello, parece paradójico, e incluso incomprensible pensar que en la actualidad, cuando nuestra sociedad está dotada de todo tipo de servicios para una eficaz atención primaria para el período prenatal y perinatal, los aspectos psicológicos queden la mayoría de las veces olvidados, cuando no eliminados.

A pesar de que cada vez conocemos más sobre las implicaciones que tienen los aspectos emocionales en las diferentes etapas de la reproducción, por alguna extraña razón, todavía nos resistimos a tener en cuenta al psicólogo pre y perinatal, y a reconocer el importante papel, que le cabe desempeñar, como especialista, en el protocolo preventivo de un equipo multidisciplinar, en el cual se preste apoyo y cuidado a dichos aspectos emocionales, de la familia “en gestación”.

Por lo tanto, ganemos este tiempo precioso y hagamos hincapié en el hecho innegable de que el desarrollo de los bebés en el útero es mucho más veloz y determinante de lo que podríamos pensar. Apoyémonos en los estudios llevados a cabo en las diferentes edades gestacionales, que nos descubren a un nonato con un sistema sensorial en pleno desarrollo, pero capaz de responder a estímulos y también de aprender. También indican que dichas capacidades del nonato, propician que los padres que interactúan con su hijo nonato puedan seguir haciéndolo después del nacimiento, colaborando eficazmente en las distintas facetas del aprendizaje de sus hijos (Nijhuis 1982; Verny 1988, 2002; Rossi y Check 1988; Hepper et al. 1990 y Rodrigues 1997, 2001).

Compartimos con Relier (1994) que “...el nacimiento ya no puede ser considerado el origen absoluto de la vida- tanto biológica como afectiva, sino como un hito en una relación que ya empezó meses atrás..., en consecuencia el bienestar de un hijo antes y después de nacer puede depender, entre otras

cosas, de que sus padres estén informados, dotados de recursos e interesados en favorecer con una administración sensata de su tiempo, algunas palabras agradables a modo de acercamiento afectivo, cuidados bio-médicos, una gestión medianamente competente de las emociones y una relación de pareja mínimamente satisfactoria” (p.50).

Resulta esencial que los padres expectantes sean conscientes de que cuando consigan el embarazo, ello significará que el hijo o hija que buscaron empieza el primer estadio de su ciclo vital, y ello es motivo suficiente para que sus progenitores se hagan cargo de su bienestar.

Finalizaremos este apartado diciendo que “divulgar” el nonato, a nivel del público general, como un ser que responde, que recibe la influencia de su entorno, y como generador y beneficiario del afecto que le pueden proporcionar sus padres, puede pasar a ser el terreno fecundo en el cual la maternidad y paternidad temprana puedan anidarse y pasar a ser una especie de placenta sana, desde la cual los papás y las mamás se puedan ir nutriendo, a lo largo de la preparación, de los nuevos roles, no siempre fáciles, de proveedores, educadores, protectores, socializadores y en definitiva de cabezas de familia (y todo lo que ello conlleva) desde el aquí y el ahora.

1.2. El hombre durante el proceso de hacerse padre temprano.

Hasta fechas recientes, una vez que su participación en la fecundación del óvulo se hacía patente, el hombre era el gran ausente en la etapa de la vida intrauterina de un bebé no nacido y consecuentemente en el embarazo de su mujer.

Sin embargo, a medida que se ha ido percibiendo el embarazo como un acontecimiento que afecta a los dos miembros de la pareja, descubrimos que el papel del padre durante la espera del nacimiento de su hijo es lo suficientemente importante para que sea también objeto de estudio, apoyo y atención.

Es hora de entender al hombre como ser emocional, con gran capacidad de aprendizaje y por consiguiente de adaptación, lo que le permite cambios profundos en los diferentes roles que desempeña en el proceso que abarca concepción↔embarazo↔vida prenatal↔ parto-nacimiento↔postparto↔ crianza.

Para que se dé dicha adaptación es fundamental que advirtamos que el hombre solo será ese miembro integrado y activo que todos deseamos cuando le permitamos descubrir nuevas capacidades, emociones y sensaciones que sólo puede experimentar y vivir en conexión con la transición a la paternidad (Chandler y Field 1997; Doyle 1995; Featherstone 2003; Rodrigues 1999, 2001 ; Santos, Lerma y Ruiz 1998; Shapiro 1990 y Sullerot 1993;).

Antes de continuar, recordemos que utilizaremos, a lo largo de este trabajo, los términos de padres expectantes, cuando el hombre y la mujer están “buscando” el embarazo. Padres tempranos a partir de que el embarazo es confirmado, ya que es el momento en el que empieza el primer estadio del ciclo vital del bebé

Veamos ahora algunos ejemplos que recogen las investigaciones que pasamos a presentar y comentar.

Entre 1981 y 1985, Shapiro estudió una muestra de 227 maridos de mujeres embarazadas y padres de recién nacidos, de diferentes condiciones sociales. A través de cuestionarios y entrevistas detectó temores de diversa índole:

relacionados con el comportamiento que exhibirían como acompañantes de sus parejas durante el parto, de incertidumbre sobre su paternidad biológica, de anticipación sobre su capacidad para desempeñar el nuevo rol y hacerse cargo de los gastos, miedos referidos a la relación de pareja y a cuestiones existenciales. En este trabajo el autor, agrupa los miedos de los hombres que participaron en su estudio en cuatro categorías,

- 1- comportamiento adecuado ante el parto,
- 2- incertidumbre de la paternidad,
- 3- relación de pareja y
- 4- existenciales.

Bajo estas cuatro categorías Shapiro clasifica los temores más importantes del padre temprano, del siguiente modo:

Temores ante el parto en sí

Se entenderían como el miedo a palidecer, marearse, desmayarse, tener náuseas y vomitar durante el parto de su mujer, y por ende en el nacimiento del bebé, ante los fluidos corporales, sobre todo la sangre, que acompañan la fase del expulsivo; y también a no servir de ayuda efectiva a la pareja.

En cuanto al temor ante el parto en sí, solo uno de todos los participantes entrevistados por Shapiro se había mareado. El motivo para ello se encontró en el hecho de que el parto se produjo en verano y la temperatura en la sala era tan elevada que incluso las enfermeras se quejaban del calor.

Ante la inminencia del parto, el 80% de los entrevistados afirmaron, también, sentir un exagerado sentido de responsabilidad ante el hecho de que la mujer no podría trabajar durante un cierto período de tiempo, y en tal caso el

hombre pasaba a ser el único responsable de garantizar los cuidados materiales de la mujer que se recupera, y del niño desvalido.

Dentro de esta categoría Shapiro destaca que, aunque sea muy raro que los hombres planteen dificultades en la sala de partos, muchos médicos y enfermeras se muestran bastante reacios a la presencia de los padres durante el nacimiento del bebé.

Por nuestra parte, y desde los más de diez años de práctica profesional, entendemos que muchas de estas dificultades, descritas en este apartado sobre el temor del parto en sí, se suelen resolver sin mayores complicaciones, siempre y cuando el hombre disponga de información, apoyo y un foro donde pueda expresar su sentir sin ser acusado de egoísta o machista. Tipo de etiqueta, que algunas veces, se da al hombre que se atreve a reclamar su derecho de expresar sus emociones, a causa de la doble moral que maneja nuestra cultura, en el sentido de que le “impone la libertad” de participar en todo el proceso, pero este hecho se queda en entredicho cuando se le “obliga” a guardarse para sí sus “sentimientos negativos” (miedo, incertidumbre, recelos...).

Temores ante la incertidumbre

Una gran parte de los entrevistados se quejaron de la inseguridad que les producía el contacto con los profesionales de la obstetricia y la ginecología e incluso con el personal administrativo. Percibían que algunos de dichos profesionales les proporcionaban información de forma inadecuada, se mostraban poco sensibles, fríos y desagradables; y parecían rechazar la presencia de los maridos en los reconocimientos ginecológicos, causando, con tal comportamiento un sentimiento de inadecuación en los padres, que no hacían otra cosa que atender a la llamada de éstos mismos profesionales para que acompañasen y arropasen a sus mujeres.

“La medicina que trata de las “cosas de la mujer” sigue siendo misteriosa, incómoda, y ajena para muchos hombres. La mayoría de ellos tiene poca información sobre la anatomía reproductora femenina y no entienden la relación entre una mujer y su ginecólogo. Durante años las feministas han escrito acerca de la deshumanización que, por lo general, afecta a la atención ginecológica. Citan los estribos, las posturas para el reconocimiento y la actitud general de muchos de los médicos: deshumanización, vergüenza e insensibilidad. Lo normal es que el futuro padre experimente por primera vez estos sentimientos durante sus contactos con el personal de obstetricia y ginecología” (Shapiro 1990, p.32).

En nuestro caso, hemos oído comentar a algún usuario de nuestros servicios que en situaciones de revisiones médicas, en las cuales el profesional sugiere una cesárea programada sin justificar, por ejemplo, y la mujer insiste en no poner fecha al nacimiento del bebé; el marido es invitado a manifestarse en apoyo de la sugerencia del sanitario. Esta situación muchas veces molesta a ambos miembros de la pareja y no pocas veces les atemoriza.

Temores irracionales

El 50% de los hombres admitieron haber tenido durante algún momento del embarazo pensamientos y/o fantasías sobre la legitimidad de su paternidad biológica, pero ninguno de estos hombres respondió afirmativamente a la pregunta ¿cree usted que le ha sido infiel su esposa?

Estas dudas sobre la paternidad pueden estar apoyadas en el hecho de que el hombre suele tardar más tiempo en creer en la veracidad del embarazo. Lo que es perfectamente comprensible puesto que el hombre vive la parte física del embarazo a través de la mujer.

Por otro lado, la idea de crear una nueva vida puede ser factor de perturbación para los hombres que sean o estén pasando por cualquier tipo de inseguridad personal. Desde un punto vista sociocultural en nuestra sociedad muchos hombres suelen expresarse con “bromas pesadas” sobre la paternidad biológica de sus amigos siempre que no encuentren similitudes entre el fenotipo del padre y de su hijo (el butanero, el carnicero y un largo etcétera).

Otra razón, también anecdótica, son las columnas de revistas que proveen consejos sentimentales. En estos casos, se suele orientar a las mujeres que consultan sobre si contar o no a sus maridos que ellas no están seguras de quién es el padre biológico de su hijo, con un rotundo no.

Todo ello parece ser parte del proceso a través del cual los hombres establecen y/ o adquieren los temores irracionales que algunos presentan durante este período del embarazo.

Temor a la pérdida de la esposa y/o del hijo

Durante el segundo trimestre, la mayoría de los hombres estudiados, empezaron a preocuparse por el desenlace final del embarazo. No cabe duda de que en nuestra reciente historia, podemos encontrar evidencias que confirman que embarazo y/o parto han sido las causas principales de la muerte de muchas mujeres y niños. Ahora bien, en un momento de vulnerabilidad como lo es el del parto, los hombres, también, suelen magnificar sus miedos y agudizar su necesidad de seguridad.

Por otro lado, tampoco es raro que algún conocido, amigo o familiar aunque lejano haya muerto en tales circunstancias y además las historias trágicas, los mitos y los miedos se suelen transmitir de generación en generación.

Este miedo también se puede justificar por el conocimiento de que la muerte de un cónyuge o un hijo son una de las principales causas de estrés en nuestra sociedad y éste puede ser otro factor que, probablemente, desencadene dicho temor.

Temores por la relación

Finalmente, otra de las grandes preocupaciones de los participantes en la citada investigación ha sido el miedo a ser reemplazado.

Este miedo viene apoyado por:

- a- El temor a que la vida común de la pareja desaparezca tras el nacimiento del bebé.
- b- La dificultad para el acercamiento físico a causa del volumen del abdomen.
- c- El sentimiento de desplazamiento ante la comunicación que establece la esposa con el feto; sobre todo, cuando se da a través de largos períodos de silencio.

Los resultados del trabajo, de Shapiro, parecen indicar que la paternidad es una transición llena de miedos, inseguridades y sentimientos, muchas veces ambiguos. En este estadio, el hombre que echa en falta la posibilidad/capacidad de aceptar y exteriorizar sus preocupaciones y celos, se ve abocado a un aislamiento que puede dificultar el intercambio de emociones entre él y su mujer, haciendo más patentes, profundas, y a veces irreconciliables, lo que podían ser sólo pequeñas diferencias que suelen tener todas las parejas.

A modo de reflexión nos interesa, también, mencionar los siguientes estudios:

Edelmann, Humphrey y Owens (1994), encuestaron 205 parejas, cuya infertilidad era masculina, para conocer cuales de los factores relacionados con la infertilidad eran percibidos por cada uno de los miembros de la pareja como más estresantes. Las mujeres resaltaban la asociación entre la feminidad y la maternidad; y los hombres hacían hincapié en lo estresante que resulta la relación entre la masculinidad y la paternidad. De estas 205 parejas 44 habían recurrido al método de fertilización in vitro, todos los hombres de este segundo grupo, a excepción de 9 de ellos, manifestaron sentirse culpables por no poder engendrar un hijo y por lo tanto incapaces de probar su virilidad.

Maridaki-Kassotaki (2000), entrevistó a 160 padres, 80 de áreas urbanas y 80 de áreas rurales. Les pidió que hablasen sobre sus percepciones acerca de la paternidad y también sobre la participación que han tenido en: a) preparación antes y después del nacimiento del bebé y b) su implicación, en los juegos y en las tareas de cuidados diarios. Los resultados indicaron que los padres urbanos estaban más involucrados en estas actividades que los padres rurales. Todos ellos valoraron la paternidad como una experiencia placentera. Sin embargo, algunos padres afirmaron que las responsabilidades que supone la crianza les causaba tensión psicológica.

Naziri y Dragonas (1994), desde un contexto clínico, analizan las entrevistas llevadas a cabo con dos padres, antes y después del nacimiento de sus respectivos bebés. El material recogido ilustra el proceso psicodinámico que se da en la transición a la paternidad y apunta, según los autores, hacia dos dimensiones. Una de ellas viene, esencialmente, marcada por la identificación del futuro padre con las imágenes parentales que ha interiorizado, por eso a ésta dimensión la llaman intrapersonal. La segunda es la interpersonal, en cuyo centro se encuentra la relación de pareja.

Según estos autores, en una sociedad bastante tradicional, pero en transición, como es la griega, la problemática que encuentra el padre temprano se resuelve con una adaptación personal a lo culturalmente establecido, o salir en busca de una nueva forma de posicionamiento en su rol de hombre/padre y en su relación de pareja. Para ello, debe atenuar los lazos con la familia de origen y contar con la habilidad de ambos miembros de la pareja para construir un espacio conyugal (nueva familia) propio.

Robinson y Frank (1994), investigaron la relación existente entre autoestima y comportamiento sexual, embarazo y estatus de la paternidad en adolescentes, en una muestra de 141 chicos y 172 chicas. Para ello utilizaron el inventario Coopersmith que mide cualitativamente, la autoestima de adolescentes de ambos sexos. Los resultados no presentaron diferencias en la autoestima de hombres y mujeres; no se encontró ninguna relación entre actividad sexual o virginidad y autoestima entre los sexos; las adolescentes embarazadas y las no embarazadas mostraron el mismo nivel de autoestima. Sin embargo, la autoestima de los chicos era diferente, ya que los que eran padres presentaban una autoestima más baja. Según los autores, los resultados obtenidos evidencian que la educación sexual de los adolescentes debería hacer hincapié en la prevención de embarazos no deseados tanto para chicos como para chicas, y si cabe, enfatizando los contenidos dirigidos a los chicos.

Kiselica y Scheckel (1995), estudiaron cuatro padres adolescentes, que presentaban un cuadro de síndrome de covada, con los siguientes síntomas: indigestión, gastritis, náuseas, cambios en el apetito y dolores de cabeza. Los investigadores consideran dicho síndrome como una reacción común a la paternidad y que puede ser mitigada, en parte, a través de información sobre su etiología: no obstante advierten a los asesores/consejeros de los centros escolares, que deben tener en cuenta y prepararse para responder

adecuadamente a otros problemas asociados con un embarazo indeseado en la adolescencia.

Santos, Lerma y Ruiz (1996), estudiaron los niveles de ansiedad de 96 padres tempranos, primerizos. Encontrando que en la muestra observada los niveles de ansiedad se relacionaban con la edad, el nivel cultural y la economía familiar. Los autores arguyen que, para los participantes del estudio, el embarazo es una fuente de ansiedad para el padre y que además altera las relaciones en la pareja.

Finalmente, Watley y Knox (2005), midieron la actitud y percepción de alumnos universitarios, a través de dos escalas (The Traditional Motherhood Scale y The Traditional Fatherhood Scale) para conocer cómo entienden los roles que establecen el papel femenino y masculino en la maternidad y paternidad. Los resultados revelan que los participantes apoyan de forma moderada el planteamiento tradicional de la maternidad; y en cuanto a la paternidad tradicional, el apoyo se encontraba por debajo de la media. En este sentido, se han encontrado diferencias significativas entre la percepción entre hombres y mujeres, ya que ellos tenían una visión más tradicional de la maternidad y paternidad que ellas.

De acuerdo con lo que acabamos de exponer, es preciso aceptar que en pleno siglo XXI todavía existen factores sociales que aún llevan tintes de épocas más tradicionales en las cuáles los roles del hombre y de la mujer eran no solo más estrictos para ellas sino que emocionalmente hablando, también eran más limitadores para ellos. Por tanto, volvemos a poner énfasis en la necesidad de que, como sociedad, sigamos ensanchando el espacio que ocupa el padre durante la espera del nacimiento de su bebé, que le dejemos expresarse, participar y sentir en libertad, ya que en el proceso de transición a la paternidad, el embarazo también influye en la vida del hombre, y no se trata de un mero trámite.

Ahora bien, por todo lo que venimos documentando queda poco o ningún margen para refutar que el ajuste personal del hombre a este nuevo papel puede llevar a la apertura e integración del padre temprano, o a seguir apartándolo, frustrándolo y, quizá incluso, consiguiendo una confrontación de sus propias expectativas con la realidad que encuentra, pudiendo ello resultar en un coste emocional más o menos alto.

En base a lo dicho, será bueno tener siempre presente que no existe un modelo de paternidad ideal, cada hombre debe elegir el tipo de padre que quiere ser, eso sí, una vez que conozca y luego reconozca que en el embarazo están interconectados, a niveles biológico↔psicológico↔social, el papá, la mamá y el bebé que está por nacer. Además, todo parece apuntar en la dirección de que estos cambios durante el embarazo, que como venimos resaltando también son importantes en la vida del hombre, quizá puedan ser considerados como una adaptación a las demandas que impone la larga espera del nacimiento de la criatura y puede también que sirva como “prueba de control de calidad” tanto de su relación consigo mismo (intrapersonal) como con su pareja (interpersonal).

A pesar de los puntos de vista más o menos “liberadores” que se puedan defender en relación con los avatares de la paternidad, éste no es un tema de estudio reciente, sino que como hemos señalado con anterioridad, las reacciones del hombre frente al embarazo vienen siendo estudiadas desde fechas tan remotas como 1865, año en el cual Sir Edward Taylor, antropólogo inglés, utilizó por primera vez el vocablo “covada” para referirse a unas ceremonias especiales, llevadas a cabo en pueblos primitivos para señalar la transición a la paternidad. Bittman y Zalk, en su libro “Padres en espera”, (Expectant Fathers) de 1978 dicen de la covada, según palabras de Parke (1981) que en algunas sociedades primitivas, y hacia la fecha aproximada en la que sus mujeres van a dar a luz, los hombres se acuestan, de un modo ritual, simulando los dolores

del parto y del alumbramiento. Este ritual sirve, por lo menos, para dos propósitos vitales: establece frente a la comunidad quién es el padre y atrae también, engañándoles, a todos los espíritus malos a la cabaña del padre, donde pueden descargar su furia sobre la “falsa madre”, dejando que la auténtica dé a luz en paz a su hijo a una distancia segura.

En 1982, la Revista Integral publicó un monográfico titulado “Embarazo y nacimiento gozosos”, en el cual denominaban embarazo y parto como arte y discurrían entre el saber tradicional y los conocimientos actuales de la época. Entre muchos otros temas, daban cuenta de la covada ritual, tal como la describía el psicoanalista francés Bernard This, pionero en materia de psicoprofilaxis en los años 60. Según dicha publicación, el Dr. This cuenta que era una costumbre antigua en lugares como Baleares, Vizcaya, Córcega, Cerdeña, India, China, Malasia, entre otros, que el padre tomase el recién nacido en brazos para recibir a las visitas y los cumplidos de amigos y familiares. La covada era entonces un ritual social en el cual se reconocía al niño por un lado y por otro se reafirmaba al hombre en su paternidad.

Actualmente, seguimos hablando de covada, pero como un síndrome en el cual el marido tiene los mismos síntomas que su mujer embarazada. Tales molestias ya habían sido descritas en los años sesenta, el fenómeno está en que el malestar descrito desaparece tan pronto como la mujer da a luz. El cuadro sintomático cursa con náuseas, cambios en el apetito, molestias de estómago, dolor de cabeza, indigestión, gastritis, aumento de peso, cansancio, dolor de espalda, problemas cutáneos y algias dentales, entre otros otros (Kiselica y Scheckel 1995; Lafuente 1995; Parke 1981; Rodrigues 2001; Shapiro 1990 y Trethowan 1965).

Según los resultados de Trethowan (1965), los síntomas de la covada, presentaban el siguiente patrón: se repetían con más insistencia durante el tercer mes del embarazo para luego disminuir su frecuencia hasta llegar el

noveno mes, momento en el que otra vez ganaban fuerza. Estos síntomas físicos iban acompañados de depresión, tensión, irritabilidad, insomnio y tartamudez.

En la década de los noventa, la covada volvió a ser el fenómeno del cual se habla cuando se estudia el hombre en espera del nacimiento del hijo. Apuntamos los resultados de Klein (1991), quien además de compartir los hallazgos de Trethowan, arguye que el síndrome de la covada es mal comprendido ya que los estudiosos no se ponen de acuerdo a la hora de determinar su origen, y así va desde una respuesta de ansiedad, pseudo rivalidad, identificación con el feto hasta ser una prueba de paternidad ambivalente, entre otros. Masoni, Maio, Trimarchi, de Punzio, y Fioretti (1994) dicen de la covada que puede ser considerada como el equivalente psicosomático de los rituales primitivos de iniciación a la paternidad. Defienden que la incidencia de los síntomas de covada están presentes en maridos de mujeres embarazadas y está en una horquilla entre el 11% y el 65%, siendo los más comunes la variación del apetito, náuseas, insomnio y el aumento de peso.

En el estudio que llevaron a cabo, Masoni et al. (1994) participaron dos grupos de 73 hombres. El primer grupo de referencia, estaba compuesto por maridos de mujeres embarazadas de ocho meses y el segundo grupo lo formaban chicos cuyas esposas no estaban gestando y sus hijos no eran menores de un año de edad. Los participantes contestaron un cuestionario que recogía sus vivencias emocionales, cambios y síntomas físicos durante el embarazo de sus parejas. El resultado obtenido fue que el 91, 78% de los hombres de la muestra presentaban vivencias de tipo emocional durante dicho período.

Los hombres de esta muestra también valoraron cambios en los hábitos sexuales en un 87,67% de los casos, miedo y ansiedad en el 36,98% y curiosidad en un 47, 94% de las ocasiones.

A excepción del síntoma de las náuseas, los maridos de las mujeres embarazadas presentaron menos síntomas físicos que los maridos de las mujeres que no estaban embarazadas. Los autores concluyen que no encontraron datos que confirmasen la existencia del síndrome de covada puro, pero apuntan que en la muestra estudiada han encontrado que sí existen unos síntomas específicos que solo presentaron los padres tempranos.

Parke, en su trabajo de 1981 llama la atención sobre el mayor interés que empezaron a mostrar algunos padres tempranos por bebés y a utilizar la lectura de libros especializados como fuente de información y aprendizaje de temas infantiles, como una anticipación al nacimiento del hijo. Otros padres, en los últimos meses del embarazo, llevaban a cabo actividades laborales complementarias en un intento de prepararse económicamente para los gastos, que según ellos se incrementarían. Parke además añade que algunos autores psicoanalíticos interpretan dicha conducta como muestra de ansiedad y preocupación. Ejemplo de ello es el trabajo de Entwisle y Doering, citado en Parke (1981), quienes encontraron que en la muestra estudiada, la economía era una fuente de preocupación durante el embarazo de sus esposas, puesto que anticipaban los gastos del parto y también los de la crianza.

También detectaron que los maridos, durante el embarazo, presentaban niveles de ansiedad más altos que sus mujeres, y que se preocupan más que ellas mismas por los dolores y las molestias que estas suelen experimentar. En este sentido sirva, desde un punto de vista estrictamente anecdótico, pasamos a comentar el caso de un padre con quien hemos trabajado durante el embarazo, pero no sin antes aclarar que para proteger la confidencialidad de la pareja y de la niña, llamaremos Josefita a la recién nacida, José al padre y Josefa a la madre. José tenía mucho miedo a entrar en el paritorio aunque la primera vez que lo hizo, todo le fue bien. En esta segunda ocasión temía no ser capaz de gestionar

las emociones, que según él eran “contradictorias” (la alegría de ver nacer un hijo y que quería repetir y el pavor de los dolores que podría sentir su mujer). Nos contaba que vivía anticipadamente y con mucho desasosiego ver el sufrimiento de Josefa, quien quería parir sin epidural, porque pensaba que el mal rato que pasó en el postparto de su primer hijo se debía a los efectos secundarios de la anestesia.

Para más presión José oía una y otra vez a Josefa decirle que no podía comprender que él la dejara sola en el momento que ella más necesitaba de su compañía. A continuación describimos parte de una llamada de teléfono de este padre que tuvo lugar a las dos horas de haber nacido su hija.

“Hola Ana, nació Josefita hoy a las cuatro y media”.

“Enhorabuena José ¿Qué tal ha salido todo?”

“Bien, bien”

“¿Has estado en el parto?”

“Con un par de c-jones con un par de c-jones”.

“Josefa, está muy bien, la nena es preciosa.....”

Ahora bien, los cambios culturales que están empezando a permitir que el hombre participe en el proceso del embarazo, parto y el postparto, formando con su mujer y su hijo la tríada familiar, evidencian algunas incoherencias. Pongámonos en situación, a partir del momento en que el hombre recibe la noticia de que su hijo está en camino, un nuevo y extraño mundo se abre ante él. A diferencia de su mujer no tendrá un espacio donde acudir para que le acompañen en la transición y le proporcionen apoyo e información. Recibe de la sociedad el mensaje de que es una figura de apoyo muy importante durante todo el proceso (embarazo, parto, postparto y crianza) y que debe ser el instructor de cara a las respiraciones durante la fase de dilatación y expulsivo, pero él sabe muy poco de todo ello. No tiene modelos a quién imitar, lo más seguro es que sus propios familiares, abuelos y a lo mejor también padres, y

algunas veces incluso las madres desaconsejen este tipo de participación. No suele hablar de sus preocupaciones, miedos y ansiedades, porque percibe el mensaje de que como supuesto eslabón más fuerte de la cadena no debe manifestar su nerviosismo respecto del embarazo y parto, para no alterar a su mujer y por ende a su hijo no nacido. Hoy por hoy, las ecografías en tiempo real nos obligan a asumir que el proceso de reproducción humana, que para nosotros incluye también parto↔nacimiento↔ crianza, es cosa de hombres, mujeres y bebés desde el periodo prenatal.

En relación con el papel del padre en nuestros días, por lo general se observa una actitud más participativa tanto en la elección del momento de la concepción, como en su presencia en las citas de cuidados prenatales de su pareja, asistencia a las clases de preparación al parto y también muchas veces suele presenciar el nacimiento del hijo al acompañar a su mujer en el proceso de dar a luz.

En los años 50, por ejemplo, sólo el 8'5% de los padres estaban presentes en el parto; a mediados de los años sesenta, el nacimiento de un hijo era presenciado, más o menos, entre el 10% y el 15% de los padres (Dermont 2003). Estas cifras solo variaban si había una emergencia médica y se les llamaba para dar su consentimiento, o si se trataba de un caso en el cual el hombre fuera además de padre miembro de la comunidad sanitaria. En la actualidad, según Dermott (2007), más del 90% de los varones se encuentran presentes en el nacimiento de los hijos.

Algunos de los padres, con quienes hemos trabajado hablaban de no haber tenido conciencia de emociones tan profundas hasta el momento que presenciaron el nacimiento de su bebé. Otros contaban, con mucho detalle, cada paso del parto y lo involucrados que se sentían al dar apoyo físico y emocional a su pareja, lo orgullosos que se sentían cuando la matrona felicitó tanto a él como a su mujer por la labor llevada a cabo.

No es nuestra intención crear un varón estereotipado, seguidor de tendencias sociales; solamente reivindicamos el espacio que pertenece al ser humano que es de género masculino, capaz de sentir, participar y enriquecerse como persona a través de las vivencias de la paternidad desde la etapa prenatal.

También asumimos el hecho de que no todos los padres están convencidos de acompañar a su mujer en el parto y, por lo tanto, asistir la llegada de su hijo al mundo exterior. Sabemos de padres que ni siquiera se ven involucrados a lo largo del embarazo, y que a veces postergan la decisión de entrar o no en el paritorio hasta el último momento, siendo la justificación que proporcionaron muchos de ellos que no quieren molestar a sus parejas (Shapiro 1990).

Por todo lo que hemos estado comentando, creemos que cada hombre debe saber el alcance que tiene su presencia en este proceso que, como se ha indicado más arriba, es cosa de tres; y a partir de ahí, plantearse si asistir o no al parto de su mujer. Estar presente y/o participar en el nacimiento de su bebé debe ser una decisión que sólo a él le compete.

Como sociedad, es nuestra obligación dejarle las puertas abiertas para que pueda entrar y tener recursos para ejercer de parte integrante, influyente e influida por la transición que representa la presencia de un bebé en la vida de sus padres y cuyo impacto empieza en el periodo de gestación.

1.3. La mujer durante el proceso de hacerse madre temprana

Es en el embarazo donde se inicia la primera etapa de nuestro ciclo de desarrollo, todo comienza con la fusión de los núcleos del óvulo con el espermatozoide, dando lugar a la fecundación. El huevo resultante se dividirá y

se subdividirá hasta transformarse en mórula, después pasará por el estadio denominado blástula, y aparecerá el corion frondoso que posibilitará la implantación del huevo en el útero.

En este estadio el nuevo individuo, aunque microscópico, ya posee características propias e independientes, puesto que ya ha tomado posesión de la herencia genética de sus progenitores (Dexeus, Carrera, Alegre, Salvador y Solé, (1989); England 1983 y Rodríguez 2001).

Es en este contexto y momento donde hace su aparición la madre temprana. Si todo va bien, a través de la alianza que forma con su madre, el nuevo ser, seguirá su desarrollo hasta transformarse en un recién nacido. Pero antes que eso suceda, madre e hijo van a vivir un proceso que de ser adaptativo, durará idealmente, nueve meses.

En todos los casos, la adaptación empezará a nivel biológico con los cambios provocados por las hormonas placentarias. Llevar una criatura en el útero, estar embarazada, afecta a todo el organismo de la madre; se pone en marcha el proceso fisiológico que consigue la nutrición del bebé no nacido, la preparación del cuerpo para el parto, el desarrollo de las mamas y el almacenamiento de grasas para la secreción láctea en el puerperio. Todo ello podrá, en algunos casos, provocar molestias (Salvatierra 1989). Para algunas mujeres, se hace necesario renunciar a sus actividades laborales por ser incompatibles con el bienestar del hijo no nacido (su trabajo es un riesgo).

En cuanto a las molestias, no sería anormal considerar que algunas de ellas puedan ser consecuencia de un factor emocional de tipo ansioso. La hiperémesis ovárica es uno de los ejemplos a tomar en cuenta. Así García del Real y García del Real (1999) defienden que la hiperémesis suele presentar una mejora espectacular cuando las gestantes se relajan al ser ingresadas por el exceso de síntomas. Añaden que en los embarazos no deseados, las mujeres

suelen presentar además de las náuseas y vómitos también mareos, y por ello, entienden que se pueda tratar de la presencia del factor emocional.

Dos de las mujeres con las cuales hemos trabajado escribían sobre el embarazo (transcripción literal):

Mujer número 1.

“¿Cómo pensaba que iba a ser mi embarazo y cómo es en realidad?”

Lo cierto es que no me había planteado cómo sería un embarazo, seriamente; pero sí en alguna ocasión había pensado ligeramente en esto realmente lo percibía como algo “fastidioso”. (Incluso así lo denominamos “embarazo” “embarazoso”).

Ahora que estoy embarazada las elucubraciones han finalizado y puedo dar cuenta de mi percepción al respecto. Tengo que reconocer que ésta ha cambiado mucho en el transcurso de las treinta semanas. El segundo y el tercer mes fueron muy “extraños” veía como cambiaba mi cuerpo y creo que no lo terminaba de aceptar. Me miraba al espejo y no parecía la persona de siempre. Físicamente me encontraba mal y de algún modo “culpas” a “otro,” a este otro que aunque quieras no lo sientes ni quieres sino como extraño.

Las cosas han cambiado mucho y, vencido ese tercer mes, empecé a sentirme feliz, plena, “preñada” de vida, más que “embarazada”. Ahora me encuentro fenomenal, amando a mi pequeña, compartiendo cosas con ella, siendo cómplices. Algo muy ¿bonito? ¿Maravilloso? ¿Increíble?...No encuentro el adjetivo. Estas cosas siempre son difíciles de expresar. El lenguaje se queda corto.

¿A qué tengo miedo?

Lo que más miedo me da del parto es el dolor, lo tengo muy claro, no me gustaría que algo tan importante en mi vida estuviera ligado a una experiencia dolorosa. Este miedo se une, claro está a una vivencia desconocida y, por lo tanto, como tal extraña y difícil.

También tengo miedo a no saber identificar cuándo estoy de parto.”

Mujer número 2. "¿Qué te da más miedo a la hora del parto?

. La soledad la falta de confianza en la gente que esté ayudándome. Las prisas. Los nervios de la familia.

. La falta de energía para conseguirlo, o la falta de concentración.

. No me gustaría tener que recurrir a fórceps o ventosas, epidural, etc...

. Me gustaría tenerlo de la forma más natural posible.

. No poder amamantarlo.

¿Cómo había imaginado mi embarazo?

- Sin problemas físicos: vómitos, decaimiento, mareos, etc....

- Con energía y vitalidad. Pensaba que no debía ser un problema para la realización de mi trabajo, aficiones, etc.... Que no iba a estar enferma.

- Me imaginaba contenta, feliz.

¿Cómo es?

-Lo primero que noté fue serenidad, mi carácter más tranquilo. Alegría, con consciencia de que mi hijo vive en mí desde que pensábamos en intentar el embarazo.

- Me siento conectada a él las 24 horas del día. Noto que hablo con él, verbal o inconscientemente. Le llamamos por su nombre y ya tiene sus primeros regalos esperándole.

- Tengo más sueño que antes y no me agobio con tanta facilidad. Me lo tomo todo con más calma."

Estos dos testimonios pueden permitir que vislumbremos la posibilidad de que la maternidad temprana como parte inseparable del embarazo como proceso, está constituida por diferentes etapas y distintas fases de adaptación tanto física como emocional y además, debemos considerar que puede ser una experiencia muy subjetiva, ya que es personal e intransferible.

Los especialistas, en embarazo suelen también informar sobre la interacción de los cambios hormonales y las molestias físicas que estos pueden y suelen ocasionar (... náuseas y vómitos, aversión a determinados sabores y/u olores, frecuente necesidad de orinar, somnolencia, aumento de peso, cambios en la pigmentación de la piel, cambios gastrointestinales, presión de la glándula pituitaria sobre el nervio óptico...), así como la intervención de otros factores externos (...laborales, socioeconómicos, nivel de satisfacción percibido de las relaciones interpersonales, reforma o construcción de la vivienda, apoyo social ...), suelen influir en el bienestar psicológico de la mujer (Mercer 1998). Tanto las interacciones mencionadas, como el grado de implicación y ajuste en dicha situación serán determinantes a la hora de una mejor o peor adaptación.

Por otra parte, existe un amplio abanico de variables adicionales involucradas en el periodo gestacional. Veamos algunas de las que han sido investigadas en diferentes periodos de la vida de la madre temprana.

A través de la Escala de Preocupación Cambridge (The Cambridge Worry Scale), Ohman, Grunewald y Waldenström (2003), encontraron que en su muestra sueca de Estocolmo de 200 mujeres primíparas y multíparas, entre las semanas 8 y 42 de embarazo, la mayoría de las preocupaciones estaban relacionadas con la salud del bebé, el parto y el aborto por un lado, y asuntos económicos, calidad de los servicios del materno-infantil, (por ejemplo, si habrían muchos partos, si las matronas estarían muy ocupadas y si los servicios médicos estarían garantizados y si serían seguros). Por otro, algunas de ellas se preocuparon, además, por la relación de pareja y si la pareja asistiría el parto.

En relación con estos aspectos comportamentales, emocionales y cognoscitivos de la mujer ante la gestación, otras investigaciones también apuntan hacia unas características específicas de cada trimestre (Ammaniti 2008; Lafuente 1995; Pelechano 1981; Reeder, Martin y Koniak 1995; Rodrigues 1999, 2001; Rufo 1994; Salvatierra 1989). Por ejemplo, en el primer trimestre,

predominan los temores y fantasías, la incertidumbre acerca de si ella y su compañero podrán desempeñar el papel de padres, el temor y ansiedad sobre el futuro, entre muchas otras. Durante el segundo trimestre, la embarazada presenta cambios de humor; suele concentrarse en sus propias necesidades y las del feto; y también manifiesta una sensación de bienestar. Finalmente, en el tercer trimestre, se instaura una sensación de torpeza e incomodidad (a causa de la imagen corporal), presenta una mayor introversión así como temor por su propio bienestar, se preocupa por su “comportamiento” durante el trabajo de parto y siente temores relacionados con el bienestar del niño y ansiedad de que termine el embarazo.

Los diferentes aspectos de la labilidad emocional de la mujer embarazada han sido objeto de diversos estudios, procedentes de distintas áreas de trabajo y planteamientos teóricos. Así Varela-Ogando (1982), reseña los trabajos que los psicoanalistas han generado desde los años sesenta, y de los cuales destacamos:

a) El embarazo como período crítico.

En una muestra de mujeres sin historia psiquiátrica, Bibring y cols. (1961), encontraron que éstas presentaban un porcentaje de trastornos psíquicos mayor que otras pacientes no embarazadas. Según los autores se pone de manifiesto la existencia de un estado regresivo a conductas de etapas más tempranas del desarrollo, hostilidad y ambivalencia oral-anal.

b) Las hormonas presentes durante el embarazo favorecen el bienestar físico y emocional.

En 1962, Hamblen estudió un grupo de mujeres pseudoembarazadas, mediante administración de hormonas; encontrando que las que estaban tristes o deprimidas antes del embarazo ficticio, en general reaccionaban con sentimientos positivos.

Hooke y Marks (1962), a través de los resultados obtenidos con el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), encontraron que en su muestra de 24 mujeres con 8 meses de embarazo, la gravidez es un período de buen ajuste psicológico y de salud mental. Concluyeron que el embarazo es una etapa de bienestar poco usual.

c) Preocupaciones de las mujeres occidentales durante el período gestacional.

Por medio de un cuestionario, Light y Fenster (1974) revisaron las preocupaciones que causaban intranquilidad mental a una muestra de 202 mujeres, tanto primigrávidas como multigrávidas. Los resultados resaltaron que los temores más frecuentes son, en primer lugar, los relacionados con la salud y la normalidad del bebé; luego la preocupación por el posible deterioro del atractivo físico, tanto por el propio embarazo como por el parto y la lactancia; y por último cómo evitar un nuevo embarazo.

d) Las relaciones sexuales durante el embarazo.

Mascherpa y cols. (1978), encontraron que, en general, las relaciones sexuales disminuyeron durante el embarazo de las 70 mujeres estudiadas. Las gestantes cuyo embarazo no era deseado exhibían una actitud negativa y mostraban un empobrecimiento más significativo de sus relaciones sexuales, frente a las mujeres de la muestra que vivían un embarazo deseado.

Masters y Jonson (1966), entrevistaron a 111 mujeres durante el embarazo y después del parto respecto al interés de sus relaciones sexuales. Concluyeron que la prohibición de las relaciones sexuales durante el embarazo, como parte de un protocolo, es uno de los factores que dificulta el ajuste psicosocial de la gestante.

Por otro lado, las relaciones sexuales no deseadas correlacionaban significativamente con las náuseas y vómitos excesivos en los primeros meses de gestación (Robertson 1946).

e) El embarazo y las relaciones interpersonales como variables estresoras.

Wenner y cols. (1969) entrevistaron a 52 mujeres embarazadas, sin historia de trastornos psíquicos y encontraron que los problemas profundos del embarazo son la continuación de problemas existentes con anterioridad al embarazo. Siendo los más importantes los problemas de pareja y los de relación materno-filiales.

En las décadas de los ochenta y noventa, muchos de los trabajos sobre el embarazo estuvieron orientados hacia la observación de factores involucrados en la labilidad emocional desde una perspectiva más globalizadora. Buscaban comprender las correlaciones existentes entre la dinámica social y actual de la mujer embarazada y su ajuste personal, laboral, socioeconómico, de satisfacción con la relación de pareja, actitudes hacia el embarazo, niveles de ansiedad, entre otros y como recurso de gran importancia el apoyo social percibido.

Las diversas investigaciones que se han estado llevando a cabo se han centrado en el estudio de un gran número de variables tales como: la ansiedad, el estrés y la edad durante el embarazo y las respectivas relaciones con la hipertensión, el desarrollo prenatal y postnatal, la prematuridad, el bajo peso al nacer, y la relación de pareja. En vista de los resultados que se van obteniendo, van en aumento tanto el interés como la necesidad de observar, describir y explicar los diferentes factores involucrados directa o indirectamente en el embarazo y en la vida prenatal.

En la actualidad, en la medida que los trabajos de investigación van dando respuesta a las preguntas sobre la complejidad del ser humano, nos vamos dando cuenta de cómo interactúan los diferentes fenómenos específicos de los distintos momentos de nuestro ciclo vital. Un ejemplo de ello es el embarazo y la vida prenatal. Hoy sabemos que el cambio físico y fisiológico influye y es influido por los cambios sociales del entorno, así como por cambios psicológicos. Estos últimos siempre estarán presentes, en mayor o menor medida. Todos estos cambios se verán afectados por la historia personal y/o clínica de la mujer embarazada y podrán en consecuencia, afectar también, a la criatura no nacida. Todo ello, a su vez, puede ser determinante para el curso del embarazo, para la adaptación a la maternidad, el desarrollo sano del nonato, el devenir de la relación de pareja y por supuesto para el parto y el postparto. También puede, influir en el estilo de crianza.

Asimismo, es importante entender, aceptar, resaltar y divulgar un hecho altamente relevante: El embarazo de la mujer va necesariamente apareado con los primeros nueve meses de la vida del bebé.

1.4. Pareja, embarazo y adaptación

Aún siendo conscientes de que existen diferentes tipos de pareja y diversos tipos de adaptación, nosotros nos ceñiremos a hablar de la pareja constituida por un hombre y una mujer, y de la necesaria adaptación de los miembros de dicha pareja al embarazo.

“De todas las fuerzas naturales que afectan nuestras vidas, ninguna influye en tantos aspectos como el sexo al que somos asignados. En el momento de la fusión del óvulo con el espermatozoide, todos quedamos genéticamente destinados al grupo de ellos, constituidos por células que portan la pareja de

cromosomas XY, o al grupo de ellas que albergan la pareja XX" (Rojas Marcos 2008, p. 97).

Bajo tal planteamiento no es de extrañar que cuando una persona del grupo de "ellos" decide compartir su vida con otra del grupo de "ellas" es fundamental prepararse y trabajar cada día para que la vida en pareja tenga éxito. Por éxito nos queremos referir a que la gesta sea medianamente placentera, complementaria e integradora; en otras palabras, que sea una relación entre iguales. Una relación en la cual las más de las veces, las dos personas que la conforman, puedan desplazarse desde el "nosotros", al "tú" y "yo" con flexibilidad y acierto.

En apariencia podemos pensar que es difícil, pero no del todo imposible siempre y cuando la flexibilidad y el acierto estén al servicio del ajuste y reajuste que promueve el cambio, ya sea este de corta o de larga duración, y que conduzca a la consiguiente adaptación.

Los ajustes pueden venir de la mano de temas relacionados con el trabajo; con el propio cambio personal de ambos o de uno de los miembros de la pareja; con los hijos, tanto en lo referido a la educación y cuidado, como a la propia decisión de tenerlos; también pueden darse por razones que involucran cuestiones económicas; por las relaciones con la familia política; por celos; por las relaciones sexuales; por el reparto de las tareas del hogar, hábitos de higiene; por situaciones inesperadas que afectan la rutina de la vida "a dos" (desempleo, promoción en el puesto de trabajo, enfermedad propia o familiar; muerte de personas cercanas...) entre muchos otros.

Pero sin duda, el mayor reajuste que afronta la pareja es pasar de diada a tríada, y el embarazo es el primer paso en esta dirección. Como hemos visto anteriormente, el embarazo puede traer por un lado sentimientos y sensaciones ambivalentes o, por otro lado, un rechazo rotundo en situaciones en las cuales

el embarazo no haya sido planeado, o peor aún no deseado, por ambos miembros de la pareja o por uno de ellos. Incluso hay parejas que pueden ver desaparecer temporal o definitivamente la relación apacible a causa de las desavenencias que pueden suscitar la decisión de hijos sí o hijos no. La otra cara de esta moneda son las parejas que, al reconocerse dificultades a la hora de tener descendencia y se plantea entonces qué hacer, y consiguientemente decidir si intentar la reproducción asistida, poner un tope al número de intentos, adoptar o... En estos casos, además del "fracaso biológico", están también la frustración y la desilusión, que sobrecarga en lo emocional.

Sea cual sea la situación en que se encuentre la pareja, lo cierto es que necesita estrategias de afrontamiento que en el caso de no tenerlas a su disposición pueden no solo entorpecer sino también dar al traste con la convivencia.

Sin embargo, para las personas y también para alguna que otra pareja que estén más abiertos a crecer ante cambios, desafíos y dificultades, la situación mencionada puede convertirse en una gran oportunidad para hacerse un poco más fuertes. Para ello, dichos individuos se beneficiarán de tener un estilo de afrontamiento que como actividad cognitiva, emocional y conductual esté orientada a acercarlos o a alejarlos del daño, amenaza o reto percibido.

El gran problema reside en que el cambio es el compañero constante en la vida del ser humano. Por ello, cuando algunos de nosotros tememos y/o evitamos por sistema, el cambio, encontramos como consecuencia una salida angustiada y muy gravosa para nuestro bienestar personal.

En lo que al embarazo se refiere, una vez que el proceso se pone en marcha, no lo podemos obviar, ya que la puesta en marcha desencadena cada una de las etapas del proceso; lo que significa que solo se frenará al culminar, si todo va bien, con el parto de la mujer y el nacimiento de la criatura.

Ambos miembros de la pareja se pueden encontrar desbordados con la nueva situación y algunas veces pueden incluso llegar a un estado declarado de ansiedad. A medida que va pasando el tiempo queda más patente la proximidad del nacimiento y con ello la necesidad imperiosa de tomar decisiones y planificar los aspectos prácticos de la vuelta a casa y el cuidado del recién nacido.

Para las parejas con recursos personales esta es la situación ideal para una comunicación constante y la reafirmación de la convivencia. Mientras que para otras es causa de discusiones, sentimientos de insatisfacción, rabia, soledad y dolor; falta de reconocimiento por los esfuerzos desplegados, falta de apoyo por parte de la pareja, y de una sensación de incapacidad y agarrotamiento que algunas veces puede conllevar a un temor latente que suele interrumpir o perjudicar la fluidez de la comunicación entre ambos miembros de la pareja. Además, de las estrategias antes mencionadas, la posibilidad de que tanto el hombre como la mujer “vivan el niño como producto de una creación común” será muy positivo para el funcionamiento de la pareja, (Pascale y Langer 1985, p. 204, citado en González de Chávez 1999).

Sea como fuere, conocer y poner en práctica las estrategias de afrontamiento adecuadas supone disponer de una herramienta que puede ser de gran valía, como medida de prevención de estrés en la situación que nos ocupa. En cuanto a estilo de afrontamiento citamos las cuatro estrategias que distinguen Zelaya y Guerra (2004) y que compartimos.

- 1) *Valoración positiva*: se refiere al uso de comentarios de apoyo y motivación autodirigidos para minimizar la percepción de estrés.
- 2) *Valoración negativa*: es la tendencia a aproximarse a las situaciones desafiantes con pensamientos catastróficos, crítica y auto culpabilidad.
- 3) *Minimización de la amenaza*: es una forma de afrontar los estresores mediante la mitigación de su significación o no extenderse en ellos.

- 4) *Concentración en el problema*: inclinación de una persona a hacer intentos activos de cambiar su conducta o los estresores ambientales.

Teniendo en cuenta estos estilos, nuestra posición aboga por defender que es esencial alertar a los padres tempranos de la importancia de una relación de pareja satisfactoria y de que el embarazo no es una enfermedad, pero tampoco es un hecho totalmente trivial del cual apenas se percatan. Puede tratarse, entonces de una oportunidad para el fortalecimiento de la pareja y de la “gestación de padres” responsables y familias sanas.

A este respecto Heinicke, (1998 en Maldonado-Durán, Saucedo, Lartigue y Karacostas 2002), demostró que si antes de que nazca el bebé la pareja de padres tempranos asisten a talleres de resolución de conflictos matrimoniales a través del aprendizaje de la expresión de emociones y búsqueda de apoyo mutuo como estrategias, los hijos de estos padres mostraron un apego más seguro que los bebés de las parejas que no participaron en dichos talleres. Así, cabe añadir que el apoyo social, familiar y de amigos, pero sobre todo el que facilita una relación de pareja satisfactoria, parece ser un factor atenuante de los niveles de ansiedad. Al respecto, Kalil y cols. (1993) encontraron que tanto la ansiedad rasgo como la situacional son más bajas cuando el marido o una persona de confianza son capaces de servir de figuras de apoyo.

En los Estados Unidos, por ejemplo, las redes de apoyo social creadas para la ayuda de mujeres de origen hispano han demostrado ser positivas a la hora de disminuir los problemas psicosociales y las molestias físicas durante el embarazo (Zayas y Busch-Rossnagel, 1992). Sin embargo, se encuentran datos similares, cuando se trabaja con mujeres afroamericanas. Al respecto Edwards, Knight, Johnson y cols. (1994), hallaron correlación entre las redes de apoyo y el desarrollo de las medidas del bebé no nacido acorde a la edad gestacional.

Por un lado, queremos dejar constancia de que del estudio de Hobfoll y Leiberman (1989) se desprende que el apoyo social que da el marido también era percibido como un amortiguador de la ansiedad, mientras que el apoyo prestado por miembros de la familia extensa era vivido como factor de aumento de los niveles de ansiedad. El impacto del apoyo social fue mayor en las mujeres que presentaban un pobre estilo de afrontamiento al estrés, mientras que las que mostraban un mejor estilo, eran menos vulnerables a los estresores ambientales y sociales. Por otro lado, Zimmerman-Tansella, Bertagni, Siani, y cols. (1994) han encontrado que un elevado grado de afecto mutuo en la pareja disminuye los síntomas de ansiedad en la mujer embarazada.

Hasta ahora, todo apunta a que debemos promover el apoyo a la pareja en espera del nacimiento del hijo como un hito importante para que se adapten adecuadamente a esta etapa de transición; dicho apoyo consiste en facilitarles, entre otros, la adquisición de estrategias de afrontamiento para que puedan plantar cara a los desafíos, tanto personales como de las propias circunstancias de este proceso, que culmina con la llegada del bebé. De esta forma, las parejas podrán llevar a cabo un ejercicio de determinación, adaptación, satisfacción y superación, que solo se alcanzará mediante una gestión efectiva de las dificultades propias de la relación, que pueden aparecer a lo largo de los nueve meses de vida prenatal de su hijo o hija.

Capítulo 2

La vida antes del nacimiento ¿Sigue rasa la tabula?

2.1. Embarazo y vida prenatal: A modo de reflexión.

El embarazo es el primer peldaño de los muchos que llevarán a la pareja de su relación diádica simétrica y conocida a otra triádica asimétrica y en un principio desconocida. Pero para que podamos llegar al umbral de la maternidad y paternidad, una de las transiciones más impactantes del ciclo vital del adulto comienza en el momento en que la pareja sabe que serán padres, y sólo termina alrededor de los dos años que siguen al nacimiento del niño o niña (Hidalgo y Menéndez 2003 y Pelechano 1981).

Por ello, podemos decir que el primer estadio de éxito global en la reproducción es conseguir el embarazo, el segundo, que éste culmine con el nacimiento nueve meses después, y el tercer y último que nazca la criatura con un peso mínimo de dos quilos y quinientos gramos.

En el pasado, y hasta no hace muchos años, las circunstancias históricas enmarcaron las pésimas condiciones socio sanitarias lo cual hizo que se cobraran la vida de un sinfín de mujeres y de sus respectivos hijos e hijas, tanto durante el embarazo↔vida prenatal, como en el parto↔nacimiento. La preocupación principal era poner fin a la tuberculosis, la sífilis, así como remediar las dificultades en el parto y el postparto, como por ejemplo una hemorragia, evitando así la muerte de la madre. Luego hizo falta mejorar las condiciones laborales durante el embarazo, por que ciertas actividades podían y pueden perjudicar, tanto la salud de la madre como la del hijo, antes y después

de nacer. En el libro “*European women: A documentary history, 1789-1945*”, cuyos compiladores son Eleanor Riemer y John Fout, se pueden verificar las circunstancias antes mencionadas en la página 200. Sirva de ejemplo la carta de una mujer trabajadora en la Alemania de 1923:

Estimado Comité Ejecutivo:

Tengo en mis manos el cuestionario enviado por ustedes con fecha de 24 de Agosto de 1923 el cual trataré de contestar de la mejor manera que sea capaz. Se me hace bastante difícil informarles sobre mi embarazo y hacerlo de forma correcta. Soy costurera y tengo que estar sentada el día entero y cuando termino una prenda tengo que estar todo el tiempo de pie para tenerla limpia y arreglada. En las últimas siete u ocho semanas tengo mucho dolor en el corazón y a veces ese dolor me vuelve loca. Trabajo en turnos de dos días pero cuando termino es como si hubiese trabajado la semana entera. Como tengo que subir tres pisos en la fabrica me encuentro extenuada, con dificultad para respirar, tengo agujetas y a parte del dolor en mi corazón, las piernas hinchadas y con varices que también causan dolor. En esta situación quisiera que el trabajo se fuera al diablo pero desafortunadamente ¿cómo conseguiría la paga por enfermedad y así tener todo el sueldo cuando la criatura nazca? Ese dinero es muy necesario los niños necesitan cosas que son caras.

Atentamente

Actualmente todo el proceso que abarca embarazo↔vida prenatal, parto↔nacimiento, postparto↔adaptación al nuevo entorno↔lactancia y/o crianza cuenta, en la gran mayoría de los países occidentales cuenta con una garantía casi total de una atención de calidad gracias a los avances científicos, tecnológicos y de la mejora de la calidad de vida.

Sin embargo, todavía queda mucho por hacer ya que nuevos cambios sociales y culturales tales como, la incorporación de la mujer al mundo laboral, la migración y la inmigración, la decisión de procrear cada vez más tardíamente, la casi desaparición de familias extensas bajo un mismo techo, la nueva figura del hombre como persona integrada, participativa y que asume responsabilidad en el devenir de la triada familiar, han dejado al descubierto carencias que, como parte activa de la sociedad, nos toca por un lado demandar (publico general) y por otro crear y gestionar (profesionales).

Parte de dichas carencias vienen recibiendo respuesta de varias disciplinas y profesionales, a través de la defensa y práctica de una atención global de las etapas prenatal y postnatal, ya que ambas son parte esencial de la complejidad del estudio del ser humano que mencionábamos en otro lugar. El problema reside en que en dichas etapas, además de los factores biológicos, también tienen peso específico los factores sociales y psicológicos de bienestar de la madre, del padre y del bebé antes y después de nacer.

No podemos perder de vista que el ciclo vital del ser humano desde la perspectiva del desarrollo está enmarcado en diferentes etapas y/o transiciones evolutivas que poseen características propias. Se trata de una sucesión de cambios desde la vida prenatal hasta llegar a la vejez.

Dichos cambios pueden conllevar una mayor o menor repercusión y duración, pero todos ellos son esenciales para marcar el comienzo y el final de cada una de las etapas de las transiciones.

2.2. Algunos aspectos de la vida en el útero: Sensación, percepción y aprendizaje.

Gracias a la lista de teratógenos de Hirsch de 1889 en la cual dejaba constancia de un sinnúmero de sustancias que llegaban al feto a través de la

placenta, y entre las que además del narcótico y el éter ya se podía encontrar también el tabaco. Alrededor de 41 años después, el estudio de Sontag y Wallace daba cuenta de los cambios en el ritmo cardíaco del nonato en dos situaciones puntuales 1) el hábito tabáquico de la madre y 2) los ruidos fuertes. Por último en la década de los sesenta el desgraciado efecto de la Talidomida (MacFarlane 1977), ha dado a la ciencia una razón y motivo para investigar y así conocer el “inquilino” del útero.

Ciento veinte años más tarde debemos decir que aunque todavía seguimos aprendiendo, a día de hoy sabemos bastante más sobre las sustancias dañinas para la salud prenatal, y además vamos conociendo con más detalles las características, circunstancias y las posibles secuelas que pueden ocasionar ciertas condiciones de vida in útero. Esto es así porque tanto la vida fetal como la neonatal son parte de un proceso continuado durante el cual el crecimiento y el desarrollo del organismo humano se ven afectados por factores tanto intrauterinos como extrauterinos.

Es importante, entonces que los padres tempranos sepan que aunque parezca que nueve meses intrauterinos son solo 1% de nuestra expectativa de vida, desde la perspectiva de división y especialización celular nuestro desarrollo físico ya está casi completo en el momento de nuestro nacimiento; a excepción, obviamente, de la estatura (Lyley 1997 citado en Ridgway y House 2006). Por lo tanto todo esfuerzo dedicado a establecer las influencias biológicas psicológicas y sociales de dicho proceso estará más que justificado.

Desde el punto de vista de los aspectos más relevantes del desarrollo neurológico del bebé no nacido, describiremos algunos de los estudios importantes para este apartado:

- Alrededor de la semana ocho de la gestación, la actividad neurológica del feto se pone de manifiesto.

- En la novena semana se producen algunos movimientos espontáneos. Ya se observan respuestas reflejas tanto en la palma de las manos como en las plantas de los pies.
- Entre las semanas trece y catorce, momento en el que la madre puede percibir los movimientos de su hijo, el nonato es capaz de responder a estímulos, en cualquier parte del cuerpo a excepción de la espalda y la parte posterior de la cabeza. Estos movimientos ya pueden ser fluidos y armónicos.
- El reflejo de prensión aparece en la semana diecisiete y está bastante desarrollado en la veintisiete. El bebé intrauterino ya puede emitir un llanto audible entre las semanas 21 y 23. Por ello, un prematuro de veintidós semanas solo puede emitir una fonación débil.
- Los precursores del reflejo de Moro se pueden provocar en la semana veinticinco.
- La habituación a estímulos sensoriales se da en los últimos meses del embarazo. Los bebés no nacidos, también presentan diferencias individuales en sus niveles de actividad. Muchas veces la actividad fetal se da como respuesta al estado emocional de las madres, por medio de la adrenalina u otras sustancias como el tabaco, por ejemplo. Lieberman, (citado en Verny 1988), afirma que un nonato puede agitarse emocionalmente, acelerando el latido cardíaco, cuando la madre piensa en fumarse un cigarrillo. No hace falta tan siquiera que encienda la cerilla y tampoco llevárselo a los labios; solo su pensamiento es suficiente para alterar al bebé. Esto se debe a la disminución de su provisión de oxígeno.

Autores como Behrman y cols. (1993) ya se preguntaban cómo la actividad de los neonatos o las demandas del lactante durante las primeras semanas de vida podían reflejar aspectos de la gestación dependientes de los estados emocionales maternos, y añadían, “se conoce poco acerca de ello pero, el consuelo que algunos recién nacidos encuentran en los movimientos o los sonidos rítmicos, puede proceder de sensaciones similares suscitadas por el movimiento, la respiración o los latidos cardíacos de la madre” (p. 17). En el capítulo 3, apartado 3.2. “*Algunas implicaciones de la ansiedad en el embarazo*”, profundizaremos en este tema.

Cowan (1981), afirmaba que durante el desarrollo intrauterino, el cerebro aumenta su número de neuronas a razón de cientos de miles por minuto. Dado este panorama, el rudimentario cerebro fetal puede, sin duda, responder a determinados estímulos.

En efecto el primer trabajo sobre presentación de estímulo y respuesta fetal data de 1925 y fue llevado a cabo por Peiper. A pesar de que se trata de una investigación, hoy tan criticable como pionera, nos muestra la capacidad de respuesta fetal.

Peiper presentó el sonido de una bocina de automóvil a una determinada distancia del abdomen de una mujer embarazada. En la primera presentación del estímulo el feto mostró como respuesta movimientos de sobresalto. En las presentaciones posteriores el niño pasó a moverse de forma menos marcada, hasta dejar de hacerlo por completo, lo que podría indicar que se estableció una respuesta de habituación.

En el feto, se ha observado habituación a movimientos corporales y estímulos vibratorios, en tasa cardíaca fetal y tono puro (Goodlin 1974, Sontag y Wallace 1934 y Spelt 1948). La habituación es una de las respuestas a estímulos más simples pero esencial en el proceso de aprendizaje, porque

subyace en el funcionamiento y desarrollo, presente y futuro, del individuo (Hepper y Leader 1996).

A nivel estructural el sistema olfativo del nonato empieza a constituirse alrededor de las semanas octava y novena, a través de la constitución del nervio y los bulbos olfativos. Hacia la undécima semana los primeros receptores olfativos primarios se empiezan a diferenciar.

Los estudios sobre la capacidad de respuestas sensoriales del feto nos indican que la maduración de los receptores que transmiten estímulos vibrotáctiles, por ejemplo, han hecho posible observar respuestas en las manos de fetos de 24 semanas de gestación (Bradley y Mistreta 1975, citado en Gagnon 1990). Nos hemos referido con anterioridad a que se han obtenido respuestas a estímulos en los sistemas auditivo y olfativo. Esta capacidad de respuesta del nonato, permite que hablemos de condicionamiento clásico in útero. Por ejemplo, Feijoo (1975, 1981, citado en Hepper 1990), utilizando la relajación como estímulo incondicionado (EI), apareó un sonido musical, estímulo condicionado (EC) durante un intervalo de 12 segundos, repitiendo el ensayo 24 veces en una muestra de 23 mujeres. Los resultados obtenidos mostraron que la presentación de EC reducía la latencia de los movimientos del feto. Después del nacimiento los bebés que habían sido estimulados durante el período fetal, entre las 22 y 36 semanas, en presencia del EC, paraban de llorar, abrían los ojos y mostraban menos movimientos clónicos.

La experiencia auditiva del nonato también ha quedado patente en el estudio de Fifer y Moon (1989). Este trabajo aporta evidencias de que el sonido de voces puede ser transmitido a través del útero y que el feto está capacitado para responder a estímulos auditivos, a partir del último trimestre del embarazo.

En su artículo de 1998 “La psicología del feto”, Hopson reseña los trabajos de DeCasper y de Lecanuet referidos a la capacidad auditiva de los bebés no nacidos.

DeCasper, en 1980, desarrolló un aparato que le permitía medir la frecuencia de succión que presentaba un bebé al oír un determinado conjunto de sonidos a través de auriculares que lo hacían succionar muy rápidamente. Al presentar un tipo de sonido diferente el aparato entonces registraba un decremento en el patrón de frecuencia de succión del bebé. Apoyándose en dicha técnica, DeCasper descubrió que con apenas horas de su nacimiento el bebé ya muestra preferencia por la voz de su madre al ser esta presentada junto a una voz extraña, ello sugiere que de alguna manera el bebé grabó el patrón de voz de su mamá durante su estancia en útero y fue capaz de recordarla luego después de nacer.

Otros datos interesantes relacionados con la voz materna también destacados por De Casper son la preferencia del recién nacido al idioma, ya que prefiere la lengua nativa de su madre en contraste con otro idioma y por último, muestra preferencia por el sonido de la voz de su madre cuando esta es filtrada y de esta manera suena como él la oía en útero, a través del líquido amniótico en contraste a como suena a través del aire.

Más tarde, DeCasper también encontró que el recién nacido cuando se le presentaban dos cuentos diferentes, mostraba preferencia por el cuento que se le leyó repetidamente antes de su nacimiento, el cuento en cuestión se titulaba “El Gato en el Sombrero”.

Lecaunet, por su parte, encontró que los nonatos tienen la capacidad de diferenciar entre voces extrañas, además de mostrar preferencia por un tipo de cuento frente a otros. El estudio midió la frecuencia cardíaca de los no nacidos, mostrando que disminuía cuando una voz familiar leía cerca de la barriga de la

mamá, en francés cuentos del tipo de “La Gallinita” o, “El pequeño Sapo”, pero cuando la misma voz leía un cuento diferente, los latidos cardíacos mantenían la misma frecuencia.

Hopson también relata que Fifer observó que los nonatos responden a la cadencia de las voces y los cuentos, no a la historia en sí y añade, el bebé no nacido puede oír, aprender, de alguna manera, recordar, y como la mayoría de los bebés y niños pequeños, se siente seguro y confortado en situaciones familiares.

Muscarsel (1988), señala que *“la sensación auditiva es aquella que refleja los cambios físicos que ocurren en el ambiente al producirse las vibraciones sonoras. El oído es capaz de captar ciertos influjos y permanecer insensible a la acción de los demás. Efectivamente, el oído humano es sensible a oscilaciones de la presión atmosférica que van desde 20 a 20.000 Hz. y con una intensidad de 0 al 130 dB”* (p. 69).

Esta autora defiende que la sensación es un proceso activo porque siempre incluye en su estructura componentes motrices. Se apoya en Luria (1974), para decir que *“...en la estructura de toda sensación entra en movimiento, unas veces en forma de reacción vegetativa (contracciones vasculares, reflejos gálvánicos), otras en la de reacciones musculares (vuelta de ojos, tensión de los músculos cervicales, reacciones motrices de la mano,.....”* (p.72).

Asimismo señala que la sensibilidad acústica se adapta a las situaciones de silencio o ruido; y en cuanto al proceso de adaptación, afirma, que se caracteriza por una plasticidad que actúa aumentando o disminuyendo la agudeza de la sensibilidad de los órganos. El proceso de sensibilización a su vez, implica sólo un aumento de la agudeza, dependiendo ésta de las mutaciones fisiológicas o psicológicas que se operan en el organismo. Además, la sensibilización puede ocurrir por diferentes factores, como la acción de fármacos, las variaciones endocrinas, los estados de cansancio y la edad, entre otros.

En relación con las vibraciones mecánicas así como con su esencia y sus características, Muscarsel (1988) arguye que son parte de un fenómeno físico, capaz de estimular en determinadas condiciones tres de nuestros sistemas receptores sensoriales: propioceptivo, táctil y auditivo.

Todo ello sirve de refuerzo y evidencia de que el bebé no nacido, en cierta medida, puede presentar sensibilidad acústica a edades gestacionales bastante tempranas. Sea como fuere, parece no haber ninguna duda de que el nonato puede, y de hecho aprende, retiene y memoriza. Podemos citar como ejemplo el estudio llevado a cabo por Hepper, 1988, en el cual quedó establecido que los hijos nacidos de madres que habían seguido durante el embarazo el famoso “culebrón británico Neighbours”, dejaban de llorar y presentaban un comportamiento de alerta tranquila cuando se les ponían el tema central de esta telenovela. Sin embargo, no se producía una respuesta similar cuando se trataba de otros temas musicales o el mismo tema grabado al revés.

Esto confirma que el aprendizaje es una actividad constante e imprescindible para el ser humano. Es constante porque el individuo sólo deja de aprender cuando deja de existir. Es imprescindible, porque la mayoría del comportamiento humano es aprendido. Además, según Romero (1995) el ser humano no solo aprende de forma deliberada sino que también puede hacerlo inconscientemente.

Este puede ser, precisamente, el caso del feto, Hepper (1990), “... las experiencias sensoriales y el aprendizaje prenatal, pueden ser responsables de una mejora del desarrollo neural que proporcionará las bases futuras para las habilidades del aprendizaje” (p. 145).

Más recientemente, González-González, Suárez, Pérez-Piñero, Armas, Doménech y Bartha (2006), han encontrado que la memoria fetal se conserva hasta el periodo neonatal. Las autoras después de presentar estimulación vibro

acústica a un grupo de 41 nonatos, repitieron la presentación una vez que los bebés habían nacido, y compararon la respuesta de habituación al estímulo con la de 31 recién nacidos que no fueron estimulados antes de nacer. En la presentación postnatal el estímulo fue aplicado sobre el mastoideo de los recién nacidos utilizando una “interface sólido-líquido”, diseñado especialmente para el estudio para reproducir las condiciones intrauterinas. Encontraron que los bebés que fueron estimulados *in útero* se habituaron más rápidamente al estímulo vibro acústico que los del grupo control.

El sentido del gusto también se desarrolla antes de nacer así, alrededor de la 13^a semana de vida intrauterina las papilas gustativas del nonato ya se parecen a las de un adulto y el líquido amniótico sabe a los diferentes sabores que componen la dieta de la madre. Mennella, Jagnow y Beauchamp (2001), por ejemplo, presentan un estudio en el cual cada uno de los tres grupos de madres en el último trimestre del embarazo ingirieron, respectivamente, 300 ml. de zumo de zanahoria y agua cuatro veces por semana, durante tres semanas; el segundo grupo bebió agua durante el embarazo y zumo de zanahoria durante la lactancia y en el tercer grupo las madres solo tomaran agua tanto en el último trimestre como en la lactancia. Cuando las madres empezaron a complementar la dieta de los hasta entonces lactantes, los bebés que habían sido expuestos en útero al sabor de la zanahoria se mostraban familiarizados y más satisfechos con el zumo, mientras que los que no habían probado zumo de zanahoria durante el período prenatal, pero sí en la lactancia y los que solo habían sido expuestos al agua expresaban con muecas su desagrado con el sabor del zumo de zanahoria.

En el tercer trimestre el nonato suele tragar una cantidad de entre 15 y 40 mililitros de líquido amniótico, por hora. Quizá por ello cabe la posibilidad de que dicha habilidad sirva como un “puente de sabor” que el nonato tiene que cruzar necesariamente, para así adaptarse a los sabores que encontrará en la

leche con la que le amamantará su madre cuando sea un recién nacido (Hopson, 2001 y Menella et al. 2001).

Nosotros creemos que tanto los resultados empíricos como las teorías que hemos estado examinando en este trabajo apuntan hacia una realidad: el nonato es un ser de pleno derecho que necesita que nos ocupemos de él, nos ofrece la posibilidad de aprender mucho sobre prevención primaria y promoción de la salud, y además nos favorece la práctica del desarrollo de factores de protección durante el embarazo↔vida uterina, que pueden beneficiar igualmente a la triada mamá↔papá↔bebé.

El ser humano, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es sano cuando goza de bienestar biológico, psicológico y social. Nosotros pensamos que este concepto de salud debe incluir todas las etapas del ciclo vital de nuestra especie.

Una buena justificación para nuestra demanda viene dada por el profesor de obstetricia y ginecología del Hospital Universitario Nijmegen de Los Países Bajos, Jan G. Nijhuis (1992), quien defiende que el bebé no nacido ha dejado de ser un resultado positivo de un test de embarazo, o simplemente latidos cardíacos, porque parece estar capacitado para demostrar sus habilidades “conductuales” a partir de las siete semanas de gestación.

Por lo tanto, el reconocimiento del nonato como un ser capaz y sensible, desde un punto de vista neuropsicofisiológico, que interactúa con su medio durante nueve meses antes de nacer para la sociedad, podría ser de gran ayuda para los profesionales y, sobre todo, para los padres a la hora de ejercer, de forma efectiva, como mediadores de la educación para la salud y así practicar la prevención primaria por medio de los cambios de actitud y de comportamiento que exige el trato sano del bebé desde antes del nacimiento.

2.3. Más movimientos, cambios y sueño

Algunas madres empiezan a sentir los movimientos del hijo no nacido, normalmente, a partir del segundo trimestre. Pero el nonato es capaz de realizar movimientos mucho antes de entrar en el período fetal. Los movimientos, facilitan que el cerebro del nonato se vaya desarrollando de forma apropiada, para ello es imprescindible una cierta actividad y la interacción con el entorno (Nathanielsz 1995).

Ejemplo de dicha actividad e interacción puede ser el hecho de que los registros pueden dar 200 movimientos como cantidad media en la semana 20, hasta llegar a un máximo aproximado de 575 en la semana 32 (y luego a una media de 282 en el parto). Estos valores no son absolutos ya que cada bebé intrauterino tiene su propia “ritmo” de movimientos cuyo rango está entre 50 y 956. Los informes de las madres, coinciden con las observaciones objetivas entre el 80 y el 90 por ciento de los casos.

Para facilitar y/o fomentar la capacidad y/o necesidad del nonato de estar activo, está el período de actividad-inactividad de la madre. El hijo no nacido adapta su propia fase de movimientos al periodo de quietud y descanso de su madre. Parece ser que el ácido láctico que segrega la madre estimula los movimientos del bebé (Brazelton y Cramer (1993).

Montagú (2004) describe el movimiento como respuesta a un estímulo, por ejemplo, un roce en las aletas de la nariz o en el labio superior suscitará una respuesta del nonato, que aleja el cuello de la fuente estimular. Afirma que el tacto es el sentido de la piel y, gracias a que es el primero de los sentidos en desarrollarse durante la fase embrionaria del ser humano, posibilita que antes de las seis semanas se puedan detectar movimientos en el periodo embrionario.

Otra característica importante del nonato, fue estudiada por Birnholz (1981) y Bots (1981), quienes observaron los movimientos oculares en el feto humano. Como sabemos, la presencia o ausencia de estos movimientos, así como su tipo, se relacionan con los estadios del sueño y los estados de vigilia, estos datos posibilitaron distinguir entre sueño Movimiento Rápido de los Ojos (MOR) y no (MOR). Basándose en este trabajo Nijhuis y cols. (1982), detectaron y definieron, a las treinta y seis semanas de embarazo cuatro estados análogos a los cinco estudiados por Pretchl (1974) en neonatos. Antes de la presentación de los resultados de Nijhuis los ciclos se conocían como independientes el uno del otro y los diferentes estados no eran reconocibles entre sí.

Como hemos visto, el desarrollo del ciclo sueño-vigilia empieza en el periodo prenatal, y sabemos que dicho ciclo se extiende hasta el periodo neonatal.

El desarrollo del sueño posee un papel ontogénico y es necesario tanto para el desarrollo cognitivo como para otras funciones adaptativas tales como la memoria y la atención. Pero a pesar de ello se ha realizado muy poca investigación sobre la continuidad de las funciones del sistema nervioso central en el periodo prenatal y el periodo postnatal temprano (Poblano, Haro, y Arteaga 2008).

A las 32 semanas el nonato pasa entre el 90% y el 95% del día adormilado, parte de este tiempo se distribuye entre sueño profundo, sueño MOR y un estado indeterminado. Durante el sueño MOR los ojos del nonato también se mueven tal y como lo hacen los de los adultos en esta misma fase. DiPietro, citado en Hopson (1998), especula con la posibilidad de que el nonato sueña con lo que conoce, es decir las sensaciones que vive en el útero.

Alrededor del nacimiento, el nonato duerme entre el 85 y el 90% del día, y al igual que el neonato, parece ser que entre siesta y siesta el nonato tiene un periodo que se asemeja a un estado de alerta.

Este estado de alerta o vigilia sugiere movimientos y de Vries y cols. (1985), detectaron que los movimientos fetales espontáneos empiezan a las siete semanas y media de edad post-menstrual. Sin embargo, los demás tipos de movimiento que aparecen en momentos más tardíos del embarazo como pueden ser, sobrecogerse y/o asustarse, movimientos generales, hipos, y movimientos respiratorios sólo pueden ser observados a partir de la semana quince; como es lógico suponer, y según afirma Volpe (1987), es después de éstas semanas cuando procesos del desarrollo tales como proliferación neural, migración y organización van apareciendo.

Zimmer y cols. (1982), observaron a través de un escáner de ultrasonido en tiempo real, la actividad corporal y los movimientos respiratorios de los nonatos de veinte madres, mientras éstas oían su música preferida; encontrando un descenso significativo de los movimientos respiratorios y una tendencia al incremento en la actividad corporal en todos ellos. Los movimientos respiratorios pueden predecir la buena condición del nonato, los nacimientos prematuros, la madurez pulmonar y la posible infección del líquido amniótico y las membranas que lo contiene, entre otros (Rodríguez, Ortiz y Peña 2007).

Desde la cronobiología Ardura, Andrés, Aldana y Aragón (2006), describen los patrones rítmicos de algunas variables del bebé prenatal. Concretamente destacan que los movimientos aumentan entre las 21:00 y la 01:00 horas, momento en que suele dar inicio el sueño materno. Los movimientos de respiración se incrementan después de las comidas que hace la madre, también al atardecer y al comienzo de la noche. El punto máximo de aumento (acrofase) de la frecuencia cardiaca se da entre las 21:00 y las 03:00 horas.

En cuanto a la función endocrina, sustancias como el cortisol y la progesterona presentan acrofases sobre las 03:00 horas. Parece ser que las señales de la madre, tales como el fotoperíodo y los ritmos hormonales están relacionadas con la sincronización del hijo no nacido. Ejemplo de ello son los ritmos adrenales de la gestante que influirían sobre el eje hipofiso-adrenal de la criatura in útero.

Así pues, el hijo no nacido estaría expuesto a las señales temporales de su madre, a través de las cuales, su reloj biológico podría comenzar a sincronizarse con el ciclo día-noche del medio ambiente externo. Resultaría entonces, que los ritmos del recién nacido durante los primeros días, serían similares a los del nonato al final de la vida prenatal.

Dentro de los factores externos que pueden afectar la vida intrauterina del bebé están las influencias emocionales de la madre sobre el hijo. Van den Bergh, (citado en Nijhuis 1992) llevó a cabo una revisión de los trabajos que conforman la literatura de las influencias emocionales en la vida prenatal, desde 1940 a 1990, organizándolos en tres grupos:

Un primer grupo de trabajos en los que se relacionan las emociones maternas, embarazo y complicaciones en el parto, para el cual el autor sugiere, que se consulten, para mayor información, los trabajos de Brown (1964); Carlson y LaBarba (1979); Ferreira (1965); Istvan (1986); James (1969); McDonald (1968); Stechler y Halton (1982), además de sus propios estudios de los años 1981, 1983, 1988 y 1989.

Un segundo grupo, en el que se estudian las irregularidades del desarrollo en el bebé durante los períodos pre y postnatal, tratando de establecer inferencias sobre dichas irregularidades y el estado emocional de la madre durante la gestación. En este sentido, el estrés emocional de la mujer expectante, fue asociado con anomalías morfológicas mayores por investigadores como Drillien y Wilkinson (1964) y Stott (1961), que lo relacionaban con el Síndrome

de Down, labio leporino y fisura palatina; anomalías físicas menores, tales como estenosis pilórica infantil, que fueron investigadas por Dodge (1972). Por otro lado, Montagu (1962) y Pugh et al. (1979), estudiaron la ulceración gástrica. Las minusvalías físicas fueron el objeto del trabajo de Stott y Latchford (1976). Finalmente, la relación del estrés emocional de la madre fue asociado por Stott (1957, 1973) con el aumento de la frecuencia de la aparición de problemas médicos y minusvalías mentales infantiles.

Por último, los trabajos del tercer grupo son más antiguos, los datos existentes hacen creer que fue Whitehead (1867) el precursor de estos estudios que intentan relacionar las emociones maternas durante el embarazo con el comportamiento del nonato en su ambiente intrauterino. Los resultados parecen indicar que los hijos “no nacidos” de madres expuestas a un estrés emocional severo, tienden a ser “hiperactivos” (Ferreira 1965; McDonald 1968; Montagu 1962; Sontag 1941 y Wolkind 1981). Similar evidencia se encuentra en los trabajos de Copher y Huber (1967) y Eskes (1985) en relación con la ansiedad materna y la taquicardia del nonato.

En una serie de investigaciones, llevadas a cabo por Lederman et al. (1978, 1979, 1981), además de los niveles de ansiedad materna y la observación del comportamiento fetal, también se evaluaron como posibles factores mediadores los cambios en las secreciones de cortisol, adrenalina y noradrenalina. Se concluye que la secreción de adrenalina materna al iniciar el trabajo, activo, de parto correlaciona significativamente con el nivel de ansiedad que presenta la madre, y ambas medidas también correlacionan positivamente con el patrón anormal en la deceleración de la tasa cardiaca fetal.

Siguiendo con este análisis del comportamiento fetal, también se ha encontrado una relación entre la actividad no ansiosa por parte de la madre y los cambios en la tasa cardiaca fetal; por ejemplo, al escuchar una canción. En una muestra de diecisiete mujeres entre 36 y 40 semanas de embarazo, Sontag et al. (1969), encontraron que al iniciar la música favorita de la madre, se

incrementaba el patrón de la tasa cardiaca del feto, que era controlada por medio de electrodos. La tasa cardiaca llegaba a su pico más alto a los dos minutos de haber empezado a sonar la música. Al mismo tiempo que se tomaban medidas de la frecuencia cardiaca, la madre registraba los movimientos del feto a través de una palanca que ponía en marcha un polígrafo. Sin embargo, la actividad fetal no mostraba cambios significativos al inicio de la presentación del estímulo.

La evidencia empírica de que existe una relación entre el estado emocional de la madre y el comportamiento fetal, por los resultados aquí presentados, es algo débil, porque los diseños experimentales ofrecen algunas lagunas, (ver Van den Bergh, citado en Nijhuis 1992). Para corregir los aspectos experimentales de este grupo de trabajo, Van den Bergh llevó a cabo un estudio longitudinal en setenta mujeres entre 18 y 30 años con diferentes niveles de ansiedad evaluadas en cada trimestre de embarazo y luego en las semanas, uno, diez y veintiocho de postparto. Los resultados obtenidos, indicaron que las emociones maternas durante el periodo prenatal influyen en la ocurrencia y duración de los movimientos fetales. Las madres que presentaban niveles de ansiedad muy altos tenían fetos mucho más activos que las madres con ansiedad baja. Después del nacimiento se encontró que el recién nacido seguía manteniendo la misma tasa de actividad, lo que nos lleva a asegurar que, en la muestra estudiada, la influencia prenatal se vio reflejada también en el período postnatal.

2.4. El Vínculo Prenatal

Antes de hablar del vínculo prenatal, propiamente dicho, consideramos imprescindible hacer un breve recorrido histórico sobre la importancia de la vinculación afectiva. Dicho recorrido nos lleva a nombres tales como Freud, Bender, Spitz, Bowlby, Ainsworth y los Harlow entre otros.

Entre los años treinta y cuarenta, los profesionales de la época pusieron de manifiesto la influencia dañina que generan para el desarrollo del niño dos hechos importantes:

1. Recibir en los primeros años de vida, los cuidados normalmente maternos, a través de terceras personas que cambien muy a menudo.
2. Estar institucionalizado durante largos períodos de tiempo.

Las intervenciones llevadas a cabo con niños, en este tipo de situaciones resaltaron que los efectos se percibían a nivel del desarrollo de la personalidad, y eso preocupó y ocupó a profesionales tales como Laureta Bender, René Spitz y especialmente a John Bowlby, quien junto a Mary Ainsworth, debemos la autoría de la teoría del apego.

Por otro lado, en los años sesenta, Harlow y Harlow llevaron a cabo una serie de estudios, con monos rhesus, a través de los cuales quedó patente que además de la alimentación, las crías necesitan una fuente de contacto físico que le suministre los recursos mínimos para que puedan desarrollar y establecer su seguridad (Ainsworth y Bowlby 1991 (citados en Rice 1995); Aldecoa y Polaino-Lorente 1996 y Sapolsky 2008).

Hoy sabemos que dicha seguridad para los humanos es tan determinante que puede llegar a condicionar, en mayor o menor medida, tanto nuestro desarrollo emocional y cognitivo, como nuestra forma de interacción social o nuestra capacidad de aprendizaje, (ver, para más información, Andresen y Telleen 1992; Bell y Bell 2009; Brazelton y Cramer 1993; Finger, Hans, Bernstein y Cox 2009; Higley y Dozier 2009; Klaus, Kennel y Klaus 1995; Lewis, Amino y Lannon 2001 y Páez, Campos, Fernández, Zubieta y Casullo 2007).

Aunque es imprescindible durante el primer año de desarrollo evolutivo, la necesidad de vinculación afectiva está presente a lo largo de todo nuestro ciclo vital, variando en grado, de acuerdo con nuestros recursos personales, cultura, situación y momento del ciclo vital en que nos encontremos (Bowlby 1989). A través del vínculo afectivo, solemos tener cubierta nuestra necesidad de acercamiento, aceptación, amparo, apoyo emocional y protección. Pero para que ello suceda de forma positiva y sana, debe estar siempre encauzada desde un marco de incondicionalidad y autonomía personal (Biddulph 1996; Brandon 2006; Lafuente 1995; López 1998; Mahler 1975; Mayselless 1996; Mental Health Europe 1999).

Sobre el vínculo afectivo se ha dado por sentado la importancia de la relación madre-hijo a partir del nacimiento. Klaus y Kennell, por ejemplo, en su libro *Maternal Infant Bonding* (1976), defendían que el contacto piel con piel, durante diez minutos, justo después del expulsivo era el momento, la hora y la forma en la cual empezaba o no el vínculo afectivo. A finales de los años ochenta surgieron muchas críticas respecto a estos hallazgos, entre ellas las de la psicóloga Diane Eyer quien criticaba la metodología, el tamaño muestral y por ende la legitimación de las inferencias presentadas (citado en Forna 1998 y Shaffer 1990).

Años más tarde Klaus y Kennel aclaraban que los estudios llevados a cabo corroboran la existencia de un período crítico que es muy significativo para la experiencia de la vinculación. Sin embargo, hacen notar que no todos los padres y madres desarrollan un lazo afectivo inmediato con sus hijos basándose en unos escasos minutos de contacto inicial (Klaus, Kennel y Klaus 1995).

A ese respecto, en una revisión de la literatura, Thomson y Westreich (citado en Klaus et al. 1995) concluyen *“nosotros no hemos encontrado ninguna evidencia que sugiera que la restricción de contacto temprano entre madre y neonato, práctica muy extendida en los hospitales después del parto, conlleve cualquier tipo de beneficio. Al contrario, los resultados existentes apuntan que dicho protocolo conlleva a*

efectos indeseables, ello sugiere una hipótesis plausible en la cual mujeres de estatus socioeconómico bajo pueden ser particularmente vulnerables a los efectos adversos de la restricción del contacto con el recién nacido. Puede, además, parecer sorprendente que la restricción de la interacción madre-hijo en el periodo inmediato al nacimiento, pueda conllevar que algunas mujeres no consigan buenos resultados con la lactancia natural y presentar subsecuentes alteraciones en su comportamiento con el bebé. Pediatras, psicólogos y otros profesionales han debatido ese tema en profundidad y aunque pueda generar alguna clase de escepticismo, no se debe pensar que los hospitales deben seguir separando los neonatos de sus madres, como protocolo. Más bien y a la luz de las evidencias acumuladas que parecen indicar que tales prácticas son más bien perjudiciales, se debería cambiar la política hospitalaria inmediatamente”, pp. 72 - 73).

Otro punto de apoyo para la defensa de la instauración de esta interacción nos viene dada por Trevathan (1987), quien presenta datos sobre los efectos a nivel fisiológico del contacto madre neonato. El contacto piel con piel y las caricias de la madre estimulan la respiración, produce calor y facilita, a través de la piel la absorción de vernix caseosa, lo que puede impedir la deshidratación.

Sobre la piel Montagu (2004), afirma *“La piel es el mayor órgano sensorial del cuerpo, y el sistema táctil, el primer sistema sensorial... Quizá sea, junto con el cerebro, el más importante de nuestros sistemas orgánicos”* (p. 22).

Trevathan (1987) añade a los datos arriba mencionados que el sonido de los latidos cardíacos de la madre también pueden servir como un factor que tranquiliza porque es uno de los sonidos que el neonato más ha oído durante su vida intrauterina, por ello puede ser beneficioso que el niño repose sobre el corazón de su madre.

Si se permite la "reptación" y la succión del calostro en el postparto inmediato, el contacto boca-pezones estimulará la secreción de oxitocina en el

torrente sanguíneo, lo que provocará las contracciones que expulsarán la placenta e inhibirán hemorragias. Además de ser la única fuente de vitamina K, sustancia que promueve la coagulación de la sangre, y por eso disminuye riesgos de hemorragias del cordón umbilical; la ingestión del calostro promoverá la protección inmunológica, sirviendo también de entrenamiento de las habilidades de succión y deglución, potenciando el éxito en la lactancia.

Todo ello parece indicar que el contacto piel con piel entre madre e hijo en el postparto inmediato merece más importancia de la que en estos momentos le prestamos.

Tomando en consideración la multidimensionalidad de la interacción madre-hijo parecería innecesaria la asistencia del padre al paritorio. Sin embargo, su presencia en este momento especial le implica tanto en la dimensión afectiva y fisiológica del nacimiento de su hijo como en el parto de su mujer, posibilitando una complicidad muy importante en esta fase de la relación triádica de la nueva familia (Davis-Floyd 1992). Sobre la vinculación afectiva paterna, falta mucho por decir y hacer, ya que las primeras relaciones padre-hijo no se empezaron a considerar hasta los años sesenta y setenta (Aldecoa y Polaino-Lorente 1996 y Cyrulnik 2008). En ese sentido, Nathanielsz (1995), aporta un interesante dato a considerar de cara a la expectativa social, que limita el papel del padre en la comunicación con su hijo no nacido. Los sonidos de baja frecuencia (voz masculina) penetran con más facilidad la pared tanto del abdomen como del útero, que los sonidos de alta frecuencia (voz femenina). Ello significa que la voz del padre que es de baja frecuencia llega al bebé no nacido más fácilmente que la voz de la madre que suele ser de alta frecuencia. No obstante, el bebé reconoce la voz de quién le habla con más constancia mientras se está desarrollando en el útero. Esto nos podría indicar que la capacidad del nonato no se limita sólo a distinguir entre frecuencia alta y baja. *“Sería capaz de distinguir la voz de su madre de entre las demás incluso en el momento después de nacer. Si su madre le susurra muy cerca de un oído y su padre cerca del otro, el bebé se volverá hacia su madre. Si el padre susurra a un oído y otro*

hombre desconocido en el otro, en el 80% de los casos el bebé se volverá hacia su padre. ... Estas reacciones pueden explicarse, por lo menos parcialmente, por las experiencias que el feto ha vivido durante su desarrollo, demuestran que, hasta cierto punto, el feto conoce a sus padres antes de nacer, y esto es algo que sin duda contribuye a estrechar más el vínculo que se materializa cuando nace” (p. 173).

Si, una vez más echamos mano a la experiencia de los hombres en espera del nacimiento del hijo, con quienes hemos trabajado y con los que trabajamos, podemos atestiguar que los padres tempranos son candidatos a ser “vinculables” a sus hijos, tanto en la etapa prenatal como en la postnatal.

Sobre la vinculación afectiva paterna, Brazelton y Cramer (1993), destacan: *“Los padres tradicionales de nuestro pasado a menudo han sido descritos como hombres “adustos”, ausentes, que no manifestaban ninguna emoción (Bell 1984).*

Fuera esto realmente cierto o no, en el pasado la mayoría de los varones recordaba a su padre como una persona poco afectuosa.

¿Era ésta una observación real, o se trataba de un rol asignado? ¿Los padres eran más afectuosos, en el pasado, de lo que se dice? ¿Sus así llamadas inclinaciones y conductas femeninas estaban meramente encubiertas por una superficie adusta o distante? ¿Han habido siempre fuerzas afectivas ocultas en hombres que hasta hace poco éstos no se permitían expresar? ¿Podrían los padres del presente mostrar un vínculo positivo tan evidente con sus esposas embarazadas y con sus bebés si no hubieran percibido modelos al respecto en sus propios padres, así como en sus madres? Lo más probable es que el modelo afectivo de sus padres haya desempeñado algún papel, aunque de ninguna manera paralelo al de las madres. ¿Cambiará esto en el futuro, o este desequilibrio será perdurable?” (o.c. p 64)

Todavía no tenemos repuesta consistente a estas preguntas, no obstante, en las últimas décadas no sólo se estudia el impacto de la relación padre-hijo sino que se trabaja cada vez más sobre la afectividad de los padres hacia a sus hijos desde el período prenatal.

Urra (2009), por ejemplo, respecto a los correlatos neurobiológicos de la vinculación afectiva “paterno-fetal”, expone que la vinculación del padre con el nonato se da de manera parecida que la que se produce con la madre. Afirma que *“mientras convive junto a la madre embarazada, el futuro padre aumenta su nivel de oxitocina y de prolactina a medida que progresa el embarazo, hasta alcanzar un 20% de medida en las semanas anteriores al parto (incluso en el caso de no ser el padre también le pasará). Las hormonas lo ayudan a querer al bebé, y si después de nacer se coloca al recién nacido encima del padre, segregará esta hormona del apego...”* (o.c. p 58).

Volviendo al siglo pasado, en 1985, Condon, argüía que en los últimos 40 años, muchos autores publicaban artículos sobre la naturaleza del vínculo afectivo de la mujer embarazada hacia al niño no nacido. Sin embargo, la simple posibilidad de que los padres en espera del nacimiento del hijo, puedan desarrollar sentimientos de afecto hacia éste hijo es una idea menos aceptada. Para comparar la capacidad de vincularse con el hijo no nacido de ambos padres, Condon utilizó un cuestionario de valoración del vínculo afectivo prenatal a 54 parejas en espera del nacimiento del hijo y de los resultados encontrados destaca tres de ellos, a saber:

- 1- Los padres y madres tempranos piensan y sienten al hijo no nacido de forma similar.
- 2- Los comportamientos y la expresión del vínculo afectivo prenatal eran considerablemente menor en ellos. Es muy probable que sea por causa de los estereotipos en los roles propiamente masculinos.
- 3- Por último, Condon informa no haber encontrado correlación entre las actitudes hacia al nonato y las actitudes, en ambos sexos, ante el embarazo.

La revisión de este estudio, que fue pionero en su época, nos da pie a insistir, una vez más, en que el papel del hombre durante la vida intrauterina del hijo también va cambiando; por ello defendemos que el padre está abriendo

camino y adentrándose en el mundo emocional de la familia de la cual, naturalmente, él también es parte. Por ello, consideramos muy positivo que el padre temprano también sea objeto de estudio sobre la vinculación afectiva prenatal.

A lo largo de varias décadas, se han ido creando diferentes tipos de instrumentos para evaluar la vinculación de las madres (y algunos también de los padres) con sus hijos no nacidos. Los instrumentos encontrados en nuestra búsqueda son:

- 1) Escala de vinculación materno-fetal. *Maternal Fetal Attachment Scale (MFAS)* Cranley (1979, 1981);
- 2) Concepto del feto como persona. *Conception of the Fetus as a Person (CFP)* de Rees (1980);
- 3) Escala maternal de vinculación prenatal, *Prenatal Maternal Attachment Scale (PMAS)* de LoBiondo-Wood (1985);
- 4) Versión Vito de la escala de vinculación materno-fetal. *Maternal Fetal Attachment Scale-Vito version (MFVAV)* de Vito (1986);
- 5) Inventario de vinculación prenatal. *Prenatal Attachment Inventory (PAI)* Muller (1988);
- 6) Escala maternal de vinculación prenatal. *Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS)* Condon (1993); y
- 7) Cuestionario para la Evaluación de la Vinculación Afectiva Prenatal (*EVAP*) de Lafuente (1994).

2.5. Los instrumentos de medida de vínculo prenatal: Un poco de historia.

Siguiendo a Brandon (2006) el estudio sistemático de la vinculación prenatal se ha llevado a cabo, fundamentalmente desde el ámbito de la enfermería.

Las primeras teorías que se conocen sobre vinculación prenatal se suelen atribuir a Deutch, Bibring y Benedeck. Estas teorías pioneras explicaban el concepto, en términos psicodinámicos, como un proceso en el cual la energía de la libido de la mujer embarazada era transferida hacia el bebé. Deutch (1945); Benedeck (1958, 1959); Bibring (1959); Bibring, Dwyer, Huntington y Valenstein (1961), defendían que el nonato se hace más humano para la mujer a medida que el embarazo progresa y eventualmente se hace querer, tanto como extensión del cuerpo de la gestante, como por ser un ser independiente.

La sugerencia de corte empírico de la existencia de una vinculación entre la madre y el hijo no nacido viene dada por Kennell y Klaus en los años 70 del siglo XX. Estos autores observaron que las madres que perdían a su bebé durante el parto mostraban un intenso dolor, el sufrimiento de estas madres estaba presente independientemente del hecho de que las madres hubiesen tenido o no contacto físico con el bebé después de su nacimiento (Kennell, Slyter y Klaus 1970).

En trabajos posteriores varios investigadores, entre los cuales se encuentra Klaus, llamaron la atención sobre las consecuencias de la separación de madre - hijo, ellos defendían que mantenerlos juntos era una forma de fomentar la vinculación postnatal (Klaus et al. 1972).

Estas nuevas ideas propulsaron la búsqueda científica por parte de diferentes investigadores, quienes intentaron presentar una formulación del constructo del vínculo prenatal tanto desde el punto de vista de la medicina como de la psicología.

La enfermera de cuidados materno-infantil Rubin (1967, 1975), por ejemplo, observó cuatro comportamientos que las mujeres embarazadas de su muestra presentaban antes del nacimiento del hijo. Dichos comportamientos eran:

- 1- búsqueda de seguridad en el parto para ella misma y para el bebé.
- 2- asegurarse que el nonato es aceptado por las personas significativas del entorno.
- 3- vinculación afectiva hacia al feto.
- 4- entrega personal.

Los comportamientos que acabamos de describir formaron el marco desde el cual las experiencias psicológicas en el embarazo fueron analizados en los primeros estudios llevados a cabo.

Lumley (1972) epidemióloga perinatal, encontró que las mujeres embarazadas daban a los nonatos un carácter humano en diferentes momentos de los tres trimestres del período gestacional.

En 1980, cuando se generalizó el uso de la ecografía como medio de evaluación intrauterina del bebé, Lumley trató de estudiar el posible impacto en la vinculación afectiva de la madre, al contemplar la imagen del hijo no nacido. Los resultados sugirieron que la imagen presentada a la madre fomentaba su habilidad para considerar al hijo como una "personita".

Uno de los primeros estudios longitudinales sobre vinculación prenatal (1982), se le suele atribuir a Lumley. La autora, entrevistó y grabó 5 veces a

padres primerizos antes y después del nacimiento del hijo, tratando de captar las primeras impresiones afectivas de los padres sobre el hijo. Lumley definía la vinculación prenatal como el establecimiento de una relación imaginaria con el nonato.

Encontró que en su muestra la vinculación prenatal se daba en el 30% de los participantes en el primer trimestre, el 63% en el segundo y el 92% en el tercer trimestre. Interpretó que el porcentaje bajo de la vinculación y/o la ausencia de la misma en el primer trimestre se debía a las molestias de la fase temprana del embarazo y al desinterés o falta de apoyo de los maridos.

Por su parte, la psicóloga Leifer presentó en 1977 los resultados de su investigación sobre los cambios psicológicos encontrados en 19 primerizas. Concluyó que el embarazo es un tiempo de cambios, de inquietud emocional, así como de cambios en los roles hasta ahora desempeñados. Pero es también un periodo de maduración y desarrollo. La autora, introdujo el concepto personalidad como variable de estudio psicológico del embarazo, además nos orientó en cuanto a la influencia del grado de integración de la personalidad conseguido en los primeros meses del embarazo como predictor del crecimiento o desarrollo personal a lo largo del embarazo y también de la adaptación postnatal.

En lo que respecta a la vinculación prenatal, en sus inicios la formación nos llegaba desde el enfoque psicoanalítico, pero en cuanto al estudio del constructo se refiere, lo debemos al esfuerzo y dedicación de los trabajos empíricos de investigación de postgrado en enfermería. Cranley (1979) por ejemplo, presentó la primera revisión de la literatura y propuso un modelo multidimensional compuesto de 6 aspectos de la vinculación materno-fetal, concretamente se centró en:

- 1) Diferenciación del "self" y el feto.
- 2) Atribución de características al feto.
- 3) Entrega personal.

- 4) Asunción de roles.
- 5) Preparativos para la llegada del bebé.
- 6) Interacción con el feto.

Según Brandon (2006), se atribuye a Cranley (1981), la primera definición del constructo de la vinculación materno-fetal: *“Alcance de la capacidad que tienen las mujeres para desarrollar comportamientos que representen afiliación e interacción con el bebé no nacido”* (citado en Brandon 2006, p.10), esta definición es la base en la cual se fundamenta el citado MFAS.

Muller (1990), hace una redefinición del constructo, y dice del vínculo de la madre con su hijo no nacido que se trata de una *“Relación, única y especial que se desarrolla entre una mujer y su criatura no nacida. Los sentimientos, expresados por la mujer, en dicha relación, son independientes de lo que ella sienta o perciba de sí misma tanto como mujer embarazada y/o como madre”* (citado en Brandon 2006, p.11).

Condon a su vez sugirió que la vinculación prenatal contenía la esencia del afecto y podría ser descrita como una relación en desarrollo en la cual la madre busca conocer, evitar la separación y la pérdida, proteger, identificar y cubrir las necesidades de su hijo no nacido. Más tarde, Condon presentó formalmente su definición de vinculación prenatal como *vínculo emocional o afectivo que suele desarrollarse entre la mujer embarazada y su ‘criatura’ no nacida*, (Condon y Corkindale 1997).

Así pues nos encontramos, con tres definiciones del emergente constructo de vinculación prenatal que no tenían mucho en común. Quizá por ello, Doan y Zimmerman (2003, citado en Brandon 2006) presentaron la siguiente definición: *“La vinculación prenatal es un concepto abstracto, que representa la relación de afiliación entre los padres y el feto. Dicho vínculo está potencialmente presente ya desde antes del embarazo. Se encuentra, pues, relacionado con las habilidades emocionales y cognitivas, de concebir la idea de otro ser humano, y desarrollar con él, un vínculo*

afectivo dentro de un sistema ecológico” (p.11). Esta definición es un intento de las autoras de integrar los tres enfoques, el emocional, el conductual y el cognitivo. No obstante, ninguna de las cuatro definiciones aparece de forma consistente en las investigaciones recientes.

En cuanto a los instrumentos de medida de la vinculación prenatal, el MFAS de Cranley (1979, 1981), en su primera versión constaba de 37 items que luego se redujeron a 24. Esta escala, según Beck (1999), citado en Brandon 2006, ha sido durante 25 años, el instrumento más utilizado por los investigadores de enfermería, además de ser la base desde la cual se han creado todos los demás inventarios, cuestionarios y escalas para la valoración de la vinculación prenatal.

Muller (1990), defendía que los items del instrumento de Cranley (MFAS), no evaluaban algunos aspectos emocionales y por ello, presentó su propio instrumento el “Inventario de Vinculación Prenatal” (*Prenatal Attachment Inventory, PAI*). El PAI está compuesto por 29 items diseñados para medir la vinculación afectiva o la relación personal que se desarrolla durante el embarazo entre la madre y su feto. Según Brandon (2006), la autora, no estaba de acuerdo con la visión multidimensional de la vinculación materno-fetal y por ello el PAI no contiene subescalas y solo proporciona una medida global de dicha vinculación. La finalidad de la escala de Muller era enfatizar la afiliación y excluir las medidas comportamentales para así, cumplir con el objetivo de ser un complemento de la MFAS que mejorara la validez de los resultados obtenidos en los estudios.

Muller (1993), además postuló que la mujer embarazada tiene representaciones que están constituidas por la experiencia vivida con su cuidador principal y que una vez interiorizadas, influirán en los vínculos familiares, de pareja y con los amigos. Dichas experiencias también serán importantes para que la mujer se adapte al embarazo y se vincule con el nonato.

A su vez, Condon, discordaba de la eficacia de las medidas tomadas por la escala de Cranley (MFAS) y el inventario de Muller (PAI). Por ello presentó la “Escala de Vinculación Prenatal Materna” (*Maternal Antenatal Attachment Scale MAAS*), (Condon 1993), compuesta por 19 ítems centrados exclusivamente en los pensamientos y sentimientos relacionados con el nonato.

En cuanto a instrumentos de medida de vinculación prenatal también debemos mencionar la “Escala de Vinculación Prenatal Materna” (*Maternal Attachment Scale, PMAS*), de LoBiondo-Wood (1985). Esta escala está compuesta de 39 ítems de los cuales 29 son aplicados en cualquier momento del embarazo y a partir de que el nonato haga notar sus “pataditas” se debe aplicar los 10 ítems restantes.

Por último, añadimos el cuestionario de LaFuente, “Cuestionario para la Evaluación de la Vinculación Afectiva Prenatal” (EVAP 1994) que presenta una versión para las madres y otra para los padres que consta de 30 ítems distribuidos en 7 subescalas. Recientemente el EVAP ha sido revisado por la autora a través de un estudio piloto (Lafuente 2008).

Cabe destacar que la escala de Cranley (MFAS) y el inventario de Muller, PAI, son las dos herramientas de medida más utilizadas por los investigadores de la vinculación afectiva con el bebé antes de nacer. Ambos instrumentos también cuentan con una versión masculina, para la valoración de la vinculación prenatal de los padres tempranos (Brandon 2006).

En este contexto y como cabría esperar, el vínculo prenatal en cuanto constructo tiene varias aproximaciones de las cuales citamos las siguientes:

Para Relier (1993), esta relación es el vínculo bioafectivo madre-feto. Porque entre la madre y el hijo existe un vínculo a la vez simbiótico y

diferencial, que hace que cada uno de ellos reaccione ante las variaciones del otro sin estar fundido en ese otro.

Erikson (1996), considera que el vínculo prenatal para Cranley (1991) es el grado en que las mujeres presentan comportamientos que indican afiliación e interacción con su hijo no nacido. Para Muller (1993) se trataba de la relación especial de afecto que se desarrolla entre la mujer y su feto.

Para Lafuente (1995) el vínculo prenatal se inicia a medida que la gestante y su pareja empiezan a considerar el feto como un individuo separado y distinto del cuerpo materno, como un ser diferenciado y con personalidad propia, van surgiendo y acrecentándose los sentimientos de cariño hacia él.

La aproximación de los ginecólogos y obstetras, Mikhail, Youchah, DeVore, Ho y Anyaegbunam (1995), señala que el vínculo materno-fetal representa la afiliación e interacción con el bebé no nacido. Se desarrolla durante el embarazo y puede ser fundamental para el éxito de la adaptación entre la madre y el bebé.

Finalmente, Condon y Corkindale (1997) destacaron que la vinculación materno-fetal representa la más temprana y básica forma de intimidad en los seres humanos y es muy relevante tanto a nivel teórico como clínico.

Como podemos observar, la mayoría de estas aproximaciones se refieren básicamente a la madre y se ciñen a la relación afectiva. No obstante, los estudios llevados a cabo también nos indican una compleja interacción entre el vínculo afectivo prenatal y otras variables como, por ejemplo, niveles de ansiedad, satisfacción en la relación de pareja, autoestima, percepción subjetiva de bienestar físico, miedo al parto, abortos previos, instauración y mantención de hábitos saludables, apoyo social, depresión pre y posparto... (Brazelton y Cramer 1993; Erikson 1996; Klaus, Kennel y Klaus 1995; Lafuente 1995;

Lindaren 2001 y 2003 citado en Brandon 2006 y Rodrigues, Pérez-López, y Brito 2004).

Todo ello, nos lleva a considerar que la vinculación afectiva prenatal, tanto de la madre como del padre con su hijo no nacido es fundamental como herramienta de apoyo a la mejora de la calidad de vida de los tres implicados. Durante el embarazo, puede servir de amortiguador de la presión que suele aparecer en algún momento de la gestación. Puede ser el puente que conduzca a los padres a un mejor conocimiento del desarrollo del hijo y por consiguiente de sus habilidades y necesidades tanto antes como después de su nacimiento. Además, puede ser también un factor que propicie la maternidad y paternidad temprana, y ello puede a su vez suponer, un primer paso hacia el importante, largo y constante aprendizaje de las habilidades de cuidador y educador incluso antes del nacimiento del bebé.

Además de lo anteriormente mencionado, la atención dedicada al nonato podría hacer más llevaderos los problemas físicos y emocionales que sufren directa y/o indirectamente uno o ambos miembros de la pareja, y les podría servir de instigador para la comunicación de los sentimientos por ejemplo; y también podría ser una herramienta más para una mejor adaptación al embarazo.

Por todo ello, defendemos que los programas de preparación al parto deberían ser también de acompañamiento y preparación a la maternidad y paternidad, planteados con contenidos que contemplen los aspectos psicosociales de todo el proceso (que como ya hemos mencionado, abarca el embarazo ↔ vida prenatal ↔ parto ↔ nacimiento ↔ postparto ↔ adaptación al nuevo medio ↔ crianza). Así mismo, pensamos que dichos programas, aparte de ser grupales, deben ser de acompañamiento para que la pareja pueda asistir el tiempo que consideren necesario, desde las primeras semanas hasta las últimas. Dentro de los contenidos, creemos necesario dedicar un apartado

especial a la vinculación afectiva de los padres tempranos con el hijo no nacido, a través del conocimiento de las capacidades del bebé no nacido y de la concienciación de la influencia que ambos pueden ejercer en su bienestar o malestar.

Si estos presupuestos se cumplen, se vería favorecida tanto la detección como la intervención directa o indirecta en situaciones que acarrearán ansiedad, tales como la falta de apoyo social, insatisfacción con la imagen corporal, elección del tipo de lactancia, actitud negativa tanto en lo que concierne al parto como a la crianza, autocríticas, críticas constantes por parte de la pareja, percepción negativa y sentimientos ambivalentes del embarazo, abortos previos, presencia de ansiedad y depresión, ya que estas parecen estar relacionadas con los niveles o grados de vinculación prenatal (Condon y Corkindale 1997; Ferketich y Mercer 1995; Narita y Maehara 1993; Stanton y Golomboks 1993; Priel y Besser 1999).

Por tanto, pensamos que la vinculación con el hijo no nacido puede servir, sin ser la panacea, de factor de protección en la adaptación de la pareja al proceso de transición a la maternidad y la paternidad. A través de la vinculación afectiva de sus padres hacia él durante su vida intrauterina, el bebé ya puede contar con su espacio en la relación, ahora triádica, que podrá vivir, si cabe, más activamente a partir de su nacimiento. También puede servir como punto de inicio y forma eficaz para sentar las bases necesarias de un estilo de crianza positivo y sano.

De acuerdo con lo expuesto, no nos queda más alternativa que hacer hincapié en el hecho de que el bienestar de un hijo antes y después de nacer puede ser fomentado y mantenido, entre otras cosas, por el nivel de información que tengan sus padres, así como por los recursos de los que dispongan, tanto personales como profesionales

Además, es básico que sepan la importancia de dedicar un tiempo al bebé no nacido, hablándole, cantándole... a modo de estimulación del afecto para las madres y los padres tempranos y de estimulación auditivas para el hijo intrauterino.

Para concluir este apartado, apuntamos brevemente el trabajo de 1992 de Cristodoulou y Dragonas, con el que coincidimos, y en el cual advierten de que los riesgos biológicos son complejos en su análisis y manifestaciones, y se hacen más complejos cuando interaccionan con factores sociales y psicológicos tales como: bajos niveles económicos, tamaño de la familia, falta de apoyo social, incremento en los niveles de estrés causados por acontecimientos vitales, enfermedad mental del progenitor/a y los problemas de pareja; es decir, todo tipo de dificultades que puedan repercutir en el bienestar emocional. También defienden que la relación entre la madre y su hijo (que en nuestro caso extenderíamos también a la relación entre el padre y su hijo) durante la gestación tiene dos consecuencias; por un lado sirve como guía para el tipo de interacción que se desarrollará con el bebé después de su nacimiento, y por otro, afecta la subsiguiente habilidad de cuidados del bebé. En resumen, el nivel afectivo de relación parental con el nonato puede tener valor predictivo a nivel postnatal.

Capítulo 3

El entorno emocional

3.1. Valoración de las emociones: maternidad, paternidad temprana y ansiedad

Partiendo de la importancia de las emociones en la vida de los seres humanos, y considerando las dificultades que pueden entrañar la forma que elegimos para expresarlas, junto al carácter personal y subjetivo que en las emociones subyacen, no podemos dejar de considerar la diversidad de significados que se le da a la palabra, emoción.

En este sentido, Rosenzweig y Leiman (1992), hablan al menos de tres definiciones de la palabra emoción en la literatura psicobiológica:

1. "Emoción es un sentimiento subjetivo privado. Los humanos pueden referir un extraordinario abanico de estados, que dicen "sentir" o experimentar. A veces estas referencias se acompañan de signos obvios de placer o dolor. Pero frecuentemente estas manifestaciones de experiencia subjetiva carecen de indicadores evidentes.
2. Emoción como una expresión o manifestación de respuestas somáticas y autónomas específicas como un estado de activación fisiológica. Este énfasis sugiere que los estados emocionales pueden definirse por constelaciones características de respuestas corporales. Específicamente, estas respuestas implican órganos viscerales

inervados autónomamente como el corazón, el estómago y los intestinos. Son provocadas presumiblemente por estímulos también característicos, aunque no están definidos.

3. Emoción como un tipo de acciones comúnmente consideradas “emocionales”, como defenderse o atacar en respuesta a una amenaza. Este aspecto de la emoción es especialmente relevante en la óptica de Darwin de los papeles funcionales de la emoción. Sugirió que las emociones tienen una importante función de supervivencia porque ayudan a generar reacciones apropiadas a las “emergencias” producidas en el entorno, como la súbita aparición de un depredador. En algunos casos, las emociones no evocan un acto completo como el ataque o la defensa pero indican posibles acciones futuras; esto es especialmente evidente en los gestos o manifestaciones emotivas” (o.c. p. 614).

La Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), por su parte, define la ansiedad como una emoción natural, que aparece como reacción ante una situación amenazante. La ansiedad se manifiesta a través de tres tipos de respuestas:

- a) **cognitiva** (preocupación, temor, pensamientos negativos sobre uno mismo, falta de concentración, inseguridad, ...),
- b) **fisiológica** (activación de los sistemas vegetativo; nervioso central, endocrino e inmunológico [(que puede provocar malestar estomacal, sequedad de boca, palpitaciones, sensación de ahogo]...) y
- c) la **motora**, (movimientos repetitivos, llanto, evitación de lugares temidos,...).

Cano-Vindel y Tobal (2000), defienden que cuando los niveles de ansiedad son altos y perduran en el tiempo, el bienestar de la persona se ve afectado y ello puede influir negativamente en los diversos ámbitos de la vida. Tampoco es anormal que aparezcan dificultades de la capacidad de concentración o de recuperación de información y olvido; mareos, vómitos, temblores, sudores, gallos en la voz, movimientos repetitivos sin intencionalidad o propósito, entre muchos otros.

En cuanto al estrés, la SEAS afirma que se trata de una sobrecarga para la persona. Será mayor o menor acorde a la demanda y la capacidad de la cual se disponga para afrontar la situación en cuestión. Se trata pues de un proceso interactivo entre las demandas de la situación y los recursos de la persona. La intensidad de la sobrecarga será una u otra, según la valoración subjetiva que se haga tanto a nivel de los recursos como de las demandas; y ello puede acarrear por un lado, una reacción mayor de estrés y por otro un mal aprovechamiento de los recursos, propios, disponibles, como sucede cuando la persona considera que la situación “le viene demasiado grande”.

Llegados a éste punto, pensamos que es necesario subrayar, que muchas veces se habla de ansiedad y estrés como conceptos que se imbrican. Sin embargo, la diferencia radica en que, como hemos visto, el estrés es el proceso desarrollado por el individuo para enfrentarse a una situación importante para él o ella. Claro está que dicha situación puede además llevar a un estado de ansiedad, como reacción emocional desagradable, si hay una amenaza percibida; pero puede, también, darse el caso de que desencadene otras respuestas emocionales tales como: alegría, satisfacción, enfado, tristeza, entre otras. De ahí que el estrés puede estar asociado con sentimientos de pérdida, peligro, amenaza, daño, etc.; y la ansiedad sólo se relaciona con la sensación de amenaza, ya sea ésta real o percibida.

Ahora bien, con referencia al estado emocional de la gestante encontramos que los términos ansiedad y estrés muchas veces son utilizados

indiscriminadamente. Por ello, hemos optado por seguir esta misma línea, pero no sin antes matizar que nosotros defendemos que durante el embarazo, se pueden dar casos tanto de estrés como de ansiedad, o ambos, en algunos de los hombres y mujeres a la espera del nacimiento del hijo.

Partiendo de la vivencia de distintas parejas con quienes hemos trabajado a lo largo de los años, consideramos que la ansiedad que suele presentar la gestante no debería ser enfocada solamente como “un estado normal del embarazo a causa de la acción de las hormonas”, es decir, como algo inherente al estado de preñez y que, como tal, se debe soportar y punto. A todo ello hay que sumar, en algunos casos, la capacidad de despliegue de recursos de los que disponga la pareja, para adaptarse a las demandas de la importante transición a la maternidad y la paternidad.

Durante la gestación, el nivel de tensión en la mujer también está mediatizado por la historia personal, los rasgos de personalidad, estilos de afrontamiento, demandas de la situación, cotidiana y/o laboral, tipo de trabajo, edad, grado de satisfacción en la relación de pareja, planificación del embarazo, complicaciones médicas, tiempo invertido en conseguir el embarazo, apoyo social, abortos y/o partos anteriores, solo por mencionar algunos factores.

Todo esto puede conllevar a un deterioro en la calidad de vida de la madre y del nonato, influir en el buen funcionamiento de la relación de pareja y también puede afectar al desenlace del parto y dificultar la lactancia. En palabras de Llavona (1985)...“el nacimiento de un hijo implica un proceso prolongado en el cual la mujer se ve sometida a situaciones generadoras de tensión, que comienzan nueve meses antes del parto y se continúan en el postparto, constituyendo una importante situación de riesgo psicológico para la madre”(p. 132) .

Ahora bien, el problema estriba en que muchas mujeres cuando están tensas y/o ansiosas también responden a esta situación estresante con diversas alteraciones, que pueden afectar al nonato. Por ejemplo:

- En los hábitos alimenticios, tanto por déficit como por exceso.
- Incremento en el ritmo del trabajo y disminución del descanso necesario.
- Si son fumadoras, se dificulta el control del número de cigarrillos consumidos, aunque no se debe fumar durante el embarazo.
- El patrón del sueño también puede verse afectado
- Aumento de los niveles de contracturas musculares y/o
- Contracciones uterinas
- Molestias gastrointestinales
- Alteraciones en la tensión arterial
- La funcionalidad del sistema inmunológico también merece ser considerada, pues son conocidos los efectos negativos de la ansiedad prolongada sobre su eficacia.

En palabras de Cano-Vindel, Sirgo y Díaz-Ovejero, (1999),...”algunos individuos tienden a no reconocer estados emocionales negativos, como estar nervioso, o enfadado. Estos intentos de librarse de eventos aversivos no siempre llegan a tener éxito, pues algunos sujetos que manifiestan estar

tranquilos presentan alta reactividad fisiológica y es probable que presenten una disminución de sus defensas (inmunodepresión). Este campo de estudio presenta hoy en día una actividad absolutamente efervescente, pues se está investigando mucho, y el tipo de trabajos que se llevan a cabo no tienen nada que ver con las formulaciones psicoanalíticas de la represión inconsciente. Este es un campo más en el que se estudian las relaciones entre las emociones y la salud. Pero no es el único." (Emociones Negativas (Ansiedad, Depresión e Ira) y Salud. I Congreso Virtual de Psiquiatría, 2000)

Según Koenker (1994), el sistema inmunitario protege a nuestro cuerpo frente a ciertas enfermedades, agentes infecciosos y otros elementos extraños con capacidad antigénica. Nuestras defensas frente a agentes extraños están constituidas por barreras físicas tales como las de la piel y las mucosas, entre otras, así como, la respuesta inflamatoria, la cual estaría mediada por inmunoglobulinas conocidas como anticuerpos, por células como los leucocitos y por toda una serie de mediadores moleculares conocidos muchos de ellos como interleuquinas. Si esta defensa falla, es cuando comienza la actividad de las células mediadoras de la respuesta inmunológica. Dentro de dichas células mediadoras se encuentran los linfocitos T citotóxicos o supresores (Tc) que reconocen y destruyen los agentes extraños. Otros tipos de células T, las ayudantes (TH, helper cells), inducen la producción de anticuerpos (inmunoglobulinas) por parte de los linfocitos B (procedentes de la médula ósea). Las células TH también se conocen como células CD4+, y las células T supresoras o citotóxicas también son conocidas como CD8+ (Glase, Anderson y Anderson, 1992 citado en Koenker 1994).

Los estudios de Manuk, en 1991, (citado en Koenker 1994) mostraron que los estresores psicológicos causarían una reducción en la mitosis de linfocitos que alteraría las poblaciones de linfocitos circulantes, de manera que se encontraría un descenso del cociente CD4+/CD8+, lo que se traduciría en un deterioro de la respuesta inmune. Sin embargo este tipo de respuesta solo se

producía en las personas que además mostraban una alta tasa de cambios en variables como la frecuencia cardiaca y los niveles de catecolamina frente a los estresores. Estos resultados son consistentes con la teoría de que existen dos grupos de personas, las que son “altamente reactivas” y “las de baja reactividad”. Los individuos altamente reactivos son significativamente más vulnerables al estrés y muestran un importante incremento en la frecuencia cardiaca, presión arterial y catecolaminas, así como un descenso en el cociente CD4+/CD8+. Las personas de baja reactividad presentan poco o ningún cambio en dichas áreas. Quizá por todo esto podemos encontrar parejas con poca o ninguna ansiedad durante el embarazo.

Como acabamos de mencionar, durante una situación de estrés se da un aumento de los niveles de catecolaminas, éstas son sustancias químicas producidas en el cuerpo, de gran importancia en la conducción nerviosa. Las tres catecolaminas más importantes y estudiadas son: dopamina, adrenalina o epinefrina y noradrenalina o norepinefrina. La dopamina aumenta la frecuencia cardiaca y, según los niveles plasmáticos, puede ocasionar desde vasodilatación hasta vasoconstricción. La adrenalina aumenta la frecuencia cardiaca y ocasiona una vasoconstricción periférica (ej. la piel), preservando la circulación en los órganos vitales. La noradrenalina actúa básicamente como neurotransmisor y entre sus funciones se encuentra la vasoconstricción (aumentando la presión arterial) (Glaser, Anderson y Anderson 1992, citado en Koenker 1994).

Además la adrenalina y la noradrenalina son las catecolaminas más comúnmente medidas en experimentos sobre el estrés, ya que ambas, como hemos mencionado anteriormente, aumentan bajo dicha condición.

Este incremento de catecolamina puede actuar inhibiendo aspectos del sistema inmunológico, incluyendo la actividad de las células asesinas (Nk). Estas células atacan a los antígenos sin necesidad de que estos hayan sido reconocidos previamente por el sistema inmune. Los incrementos de catecolaminas también pueden ocasionar una rápida redistribución de células (Naliboff 1991, citado en

Koenker 1994). De hecho, los cambios en los niveles de adrenalina parecen estar relacionados con la migración de linfocitos de la médula ósea, de los órganos linfoides secundarios, de las extremidades, y del timo hacia a otras parte del cuerpo (Kiecolt-Glaser 1992, citado en Koenker 1994).

Al mostrar la interacción entre el estrés y el sistema inmunológico, y las posibles consecuencias negativas durante el embarazo, parto y postparto (hiperémesis, frecuencia cardíaca, hipertensión arterial, infecciones, complicaciones en el parto, parto pretermino y posttermino, bajo peso, abortos espontáneos, baja puntuación en el apgar, menor perímetro cefálico, depresión postparto, problemas con la lactancia), volvemos una vez más, a reivindicar una atención primaria multidisciplinar, durante la gestación y el periparto, incluyendo en el equipo al experto en el comportamiento humano (Vieten y Astin 2008)

3.2. Algunas implicaciones de la ansiedad en el embarazo

El embarazo es un proceso fisiológico normal que tiene como objetivo biológico principal el nacimiento de una criatura viva de más de 37 semanas de edad gestacional con un mínimo de 2500 g. de peso; sin malformaciones congénitas ni enfermedades adquiridas durante la gestación y/o parto.

La consecución de este objetivo biológico solo es posible si, entre otros, la influencia de los aspectos psicosociales es la adecuada. De no ser así la respuesta estresante a la presión de dichos aspectos conllevarán a una alteración, también fisiológica, que tiene el potencial de afectar la salud de la madre y la del hijo. Entre ellos señalamos: partos prematuros, hemorragias, complicaciones en el parto, retraso en el desarrollo intrauterino, taquicardia fetal, hiperactividad fetal; y en el recién nacido, trastorno del sueño, llanto, regurgitación, bajo peso, vinculación deficitaria... (Aguirre de Cárcer 1989;

Copher y Huber, 1967; López-Valverde, Fernández, Páez; Ortiz, y Alvarado 2001; Lederman 1995; Klaus, Kennell y Klaus 1995; Pelechano 1980; Rodrigues 2001; Verny y Kelly 1988; Wadhwa, Sandman, y Garite 2001).

Las mujeres suelen manifestar, a lo largo del embarazo, cambios en los niveles de tensión emocional relacionados con síntomas físicos, imagen corporal, cambios y perturbaciones emocionales, preocupaciones por los problemas durante el embarazo, amenazas de aborto, amniocentesis, hospitalización, miedo anticipatorio del dolor, trabajo de parto, alumbramiento, cesárea y bienestar del recién nacido; además de la consabida presión psicosocial en la cual muchas veces la embarazada se ve atrapada en sentimientos de culpabilidad, que suelen causar las ideas preconcebidas de como debe ser “la super madre”, lo que puede conllevar la aparición del miedo a no cumplir con tales expectativas. (Salvatierra 1989; Klaus, Kennell y Klaus 1995; Reeder, Martin y Komiak, 1995; Gutiérrez y Hernández, 1996; González de Chávez 1999; López-Valverde, Páez, Ortiz y Alvarado 2001; Rodrigues 2001; Stadlen 2005).

En este sentido, cabe citar los trabajos sobre los efectos de la reacción química de la ansiedad sobre la mujer embarazada, de López-Valverde et al. (2001), destacan que la prevalencia de los síntomas ansiosos y/o depresivos ronda el 40% según los instrumentos utilizados.

Diferentes autores defienden que a lo largo del embarazo se dan momentos muy importantes que generan preocupación y ansiedad, porque en ellos pueden aparecer todo tipo de complicaciones. Tres de ellos son:

- 1- Alrededor de la semana 20, riesgo de abortos espontáneos, (Usandizaga y De Lafuente, citado en López -Valverde et al. 2001).
- 2- Necesidad de pasar un prueba diagnóstica invasiva como era el caso de la amniocentesis, que está asociada a la pérdida fetal entre 0.5 y el

1%. Esta prueba además plantea la posibilidad de malformación fetal (Tabor et al. 1986, citado en López-Valverde 2001).

3- De las semana 20 hasta la 28 del embarazo, amenazas de pérdida, acompañadas de la posibilidad de un parto prematuro y todo lo que ello conlleva (López-Valverde et al. 2001).

Desde esta perspectiva, la Psicología debe seguir esforzándose por aportar modelos explicativos sobre esta etapa, asesorar y a la vez impulsar programas de apoyo durante el embarazo, parto y postparto (Horvath 1999, Mataix 1998; Moreno 1985; Pelechano 1981; Pion, Golden y Caldwell 1962; Salvatierra 1989 y Rodrigues, Niñirola-Molina y Martínez 1999).

Como iremos constatando a lo largo del presente apartado, los resultados de las investigaciones parecen apuntar la presencia de ansiedad en el embarazo. Sin embargo, no parece existir datos concordantes en cuanto al momento del embarazo en el cual los niveles de ansiedad son más altos. Singh y Saxena (1991), por ejemplo atribuyen el pico del nivel de ansiedad al quinto mes del embarazo; sin embargo, Sailaja y Swaminathan (1992), encontraron que los niveles de ansiedad son más altos durante el tercer trimestre.

Entre otros factores, la ansiedad en el embarazo parece guardar relación con factores entre los que destacan la falta de comunicación con la pareja, insomnio, no aceptación del embarazo, depresión, fatiga, escasa información referida al embarazo y cuidado del hijo, molestias somáticas, entre otros. Todo ello disminuirá el bienestar de la mujer y por tanto puede afectar también a su hijo no nacido (Smith, Crowther, Beilby y Dandeaux 2000; Swallow, Lindow, Masson y Hay 2004; Marin, Bullones, Carmona, Carretero, Moreno y Peñacoba 2008).

Abundando en los trabajos citados, varias de estas investigaciones apuntan al hecho de que algunos de los síntomas de la ansiedad pueden ser los

vómitos y las náuseas que suelen aparecer en el primer trimestre. En este sentido encontramos:

El impacto de las náuseas y los vómitos en las mujeres: una carga en los primeros estadios del embarazo, (Smith, Crowther, Beilby, Dandeaux 2000).

Desarrollo de un instrumento para tomar medida de la náusea y el vómito en el embarazo, (Swallow, Lindow, Masson y Hay 2002).

Salud psicológica en los primeros estadios del embarazo: relación entre náusea y vómito, (Swallow, Lindon, Masson y Hay 2004).

La náusea y el vómito durante el embarazo: impacto en la calidad de vida de las mujeres, (O'Brien y Naber 1992).

Personalidad y emesis gravidica, (Arnaldos, Martos y Hernández 1997).

En esta línea también se encuentra el estudio de 150 mujeres tailandesas, llevado a cabo por Shih-Hsien, Ruey-Hsia, Hui-Chen, Shu-Yuan y Fan-Hao (2007), cuyos resultados indican que puede haber relación entre el grado de severidad de los vómitos y náuseas durante el embarazo y los niveles de estrés, apoyo social y adaptación materna al embarazo. Concretamente, las mujeres que presentaban una menor frecuencia de vómitos y náuseas presentaban menores niveles de estrés que las que padecían de forma severa dichas molestias. La severidad de los vómitos y náuseas estaban significativamente relacionadas con el resultado de las subescalas "aceptación del embarazo" y "miedo al desamparo y pérdida de control durante el trabajo de parto". No obstante, el apoyo social y la adaptación psicosocial al embarazo no aportaron diferencias significativas entre las participantes del estudio.

Como hemos mencionado anteriormente, uno de los avatares de la ansiedad es la interferencia con el funcionamiento eficaz del sistema inmunológico ya que en situaciones crónicas el exceso de catecolaminas en sangre puede favorecer la aparición de todo tipo de infecciones y ello incluye también las vaginales y éstas, a su vez, pueden afectar a la madre y al bebé al

nacer. Al respecto, Culhane, Rauh, McCollum, Hogan, Agnew, y Wadhwa (2001), estudiaron la relación entre estrés crónico durante el embarazo e infección, sobre todo la vaginosis bacteriana, en una muestra de 454 mujeres. El análisis de los resultados confirmó que la presencia de las bacterias solo se detectaba en las mujeres que puntuaban alto en ansiedad.

Sobre la toxemia gravídica o preeclampsia, la ginecóloga y obstetra Northrup (1999), establece que *“es un síndrome en el cual la mujer embarazada se hincha, y le sube la presión arterial y el nivel de proteínas en la orina. Las mujeres que tienen enfermedades renales y la tensión arterial alta son más propensas a este trastorno; la diabetes también aumenta la propensión. La toxemia gravídica es la principal causa de parto prematuro y discapacidad durante el embarazo. Si no se trata, puede conducir a convulsiones, y entonces el trastorno se llama eclampsia. Nadie sabe exactamente qué causa la preeclampsia, aunque hay muchas teorías. En un estudio se colocaron electrodos en los nervios adyacentes a los vasos sanguíneos de cuatro tipos diferentes de mujeres: embarazadas con la presión arterial alta, no embarazadas con la presión arterial alta, embarazadas con la presión arterial normal y no embarazadas con la presión arterial normal. Se comprobó que las mujeres que sufrían de preeclampsia tenían una elevada actividad nerviosa simpática, lo que provocaba el estrechamiento de los vasos sanguíneos con el consiguiente aumento de la presión arterial. Es bien sabido que el sistema nervioso simpático interviene en la reacción de lucha o huida y el estrés. Uno de los autores de este estudio sugirió que el motivo de que suba la presión arterial a las mujeres preeclámplicas es que tienen “un defecto en el sistema central procesador de conflictos”, que podría aumentar los niveles de ciertas hormonas que no sólo producen un aumento en la presión arterial, sino que también están asociadas a los sentimientos de ansiedad y hostilidad” (pp.497- 498)*

En la revisión de Lederman (1995), sobre los trabajos que investigan la ansiedad materna, ya apuntaba que los factores más citados en relación con la ansiedad materna son: edad, ingresos económicos, apoyo social, planificación del embarazo, estresores prenatales y experiencia laboral. Además, indica que los diseños de futuras investigaciones deberían considerar el estrés físico,

psicológico, social y laboral, así como los modelos multidimensionales de personalidad como variables de estudio.

La ansiedad y la depresión, presentes en la gestación, en la semana 20 versus 34-36 son mejores predictores de la ansiedad y depresión postparto que otras medidas, tales como: autovaloración, edad o reactividad al cortisol (Dorn, Susman y Petersen 1993).

Lederman (1996), también encontró una correlación significativa entre ansiedad y siete dimensiones del desarrollo a lo largo de todo el periodo del embarazo. Estos datos parecen aportar evidencias de que las medidas de ansiedad tomadas en el primer y segundo trimestre son predictivas de los niveles de ansiedad en momentos posteriores y que una intervención temprana sería adecuada y a la vez preventiva.

Por todos los resultados encontrados en los estudios presentados, parece claro que existen diversos factores durante el embarazo, que favorecen la presencia de ansiedad tanto en los hombres como en las mujeres. Pensando en las mujeres embarazadas, nos parece interesante comentar el trabajo llevado a cabo por Coleman, Carter, Morgan, y Schulkin (2008). En dicho trabajo se recogió información de 1193 tocoginecólogos, a partir de su protocolo de recogida de datos sobre la ansiedad en la historia de sus pacientes embarazadas. De todos los participantes, solamente el 20% de los entrevistados incluyen en la historia de sus pacientes gestantes, datos sobre posible ansiedad prenatal. Los autores justifican el estudio en el hecho de que la ansiedad durante el embarazo puede traer consigo consecuencias tanto para la madre como para el bebé no nacido. Apuntan, además, la importancia de que los tocoginecólogos estén atentos a la elevada prevalencia del alto nivel de ansiedad en la población que conforma su clientela.

Apoyándonos en los trabajos que hemos presentado en este apartado creemos posible afirmar que durante el embarazo la ansiedad hace mella, y es un elemento nocivo que debemos someter a control. Además, la ansiedad puede afectar en menor o mayor medida a la pareja, por lo que también parece evidente que ambos miembros pueden beneficiarse de un entrenamiento en el manejo de la ansiedad durante la maternidad y la paternidad temprana.

3.3. Efectos de la ansiedad materna en el nonato

El bebé uterino está en constante contacto con los productos químicos provenientes del cuerpo de su madre. Por ello, las circunstancias emocionales en las cuales se encuentre son determinantes, ya que generará distintas reacciones químicas que pueden ser beneficiosas o dañinas para el bienestar del bebé prenatal. Además, el alcance de la exposición química puede tener un corto o largo efecto en la vida de la criatura y podrá ser de carácter pasajero o permanente.

El modo en el cual la madre interactúa con su ambiente durante el embarazo conlleva que su flujo sanguíneo cargue, como ya hemos mencionado anteriormente, determinadas sustancias que señalan su estado emocional. Los contenidos de esta sangre atraviesan la placenta, y a través de células diana comunica al bebé en desarrollo las emociones de su madre, de modo que “sentirá” fisiológicamente los mismos efectos, sensaciones y consecuencias que su madre (Berk 1999 y Lipton 1998, 2001).

Así, mientras el niño crece en el útero materno, recibe un avance de como será su ambiente extrauterino a través de la percepción y el comportamiento materno.

Apoyándonos en una línea biológica↔psicológica↔social y por lo tanto multidisciplinar, recordamos que los riesgos, en la vida del niño, que pueden estar determinados por los factores genéticos, han sido causa de especulaciones y fuente de mitos de toda índole; pero también de estudios validados y aceptados, que se convirtieron en medidas pertinentes tanto de corte preventivo como paliativo, que luego fueron y siguen siendo implantadas, con resultados bastante positivos. Ahora es el momento de hacer lo mismo con los factores psicosociales.

Por ello desde nuestro punto de vista, este es el momento idóneo para, validar, integrar, aceptar y prevenir en el campo de los factores de riesgo ambientales, en su más amplia acepción, no solo en la enfermedad sino también, o mejor aún, en la salud de la vida prenatal.

Sobre la dicotomía herencia- ambiente, en el desarrollo humano, Lipton (1998, 2001), señala que para los defensores del determinismo genético nuestra expresión fisiológica y comportamental quedan definidas en el mismo momento de la concepción cuando los genes del óvulo y del espermatozoide entran en contacto. No obstante, los avances en las investigaciones con células humanas vienen a definir al útero materno como el lugar donde el feto, no sólo se beneficia de un intercambio metabólico perfecto, sino que además es donde cobra total importancia el impacto del ambiente.

Dentro de este contexto, es menester incluir el manejo de emociones tales como la ansiedad, el amor, el miedo, la esperanza o la ira, entre otras. Todas ellas pueden producir alteraciones a nivel bioquímico (para más información, ver Pert, C. 1998) de modo que afectan el medio ambiente fetal en las etapas pre y perinatal.

Desde este planteamiento y perspectiva, el aspecto predictivo de este período de desarrollo prenatal gana una gran relevancia sobre todo si

consideramos los hallazgos de los estudios llevados a cabo sobre las influencias de la ansiedad de la madre en su hijo no nacido, tanto a corto y medio como a largo plazo.

Los resultados de dichos hallazgos apuntan a que se pueden apreciar las consecuencias de la ansiedad materna antes, durante y después del nacimiento. Entre ellas señalamos: retraso en el desarrollo intrauterino, taquicardia fetal, hiperactividad fetal, partos prematuros, hemorragias, complicaciones en el parto; y en el recién nacido, trastorno del sueño, llanto, regurgitación, bajo peso, vinculación deficitaria... (Aguirre de Cárcer 1989; Copher y Huber 1967; López-Valverde, Fernández, Páez; Ortiz, y Alvarado 2001; Lafuente 1995; Lederman 1995; Klaus, Kennell y Klaus 1995; Pelechano 1980; Rodrigues 2001; Verny y Kelly 1988 y Wadhwa, Sandman, y Garite 2001).

De cara a lo que todavía queda por hacer en prevención primaria en cuanto a promoción de la salud desde la etapa intrauterina, reseñamos a continuación algunos de los muchos estudios que tienen como objetivo conocer las consecuencias, a largo plazo, de la exposición del nonato a las sustancias nocivas producidas por la ansiedad materna.

- *Peso estimado antes de nacer.* Diego, Jones, Field, Hernandez-Reif, Schanberg, Kuhn y Gonzales-Martinez (2006), encontraron una correlación negativa entre el estado ansioso de la madre a mitad de la gestación, niveles de cortisol y noradrenalina, medidas biométricas y bajo peso estimado del nonato. Concluyeron que las mujeres embarazadas que exhibían trastornos psicológicos a mitad de la gestación, también presentaban altos niveles de cortisol y ambas características predecían bajo peso del bebé no nacido.
- *Bajo Peso al nacer.* Desde el modelo de la ecología del desarrollo humano y la teoría de la historia de vida, Coall y Chisholm (2003),

tienen en cuenta la necesidad de entender, profundizar y prevenir las circunstancias que conlleven bajo peso al nacer. Estos autores presentan una línea de trabajo en la cual encuentran indicios de que la niña expuesta “in útero” a la ansiedad materna y que luego tenga una menarquia temprana, dará a luz a un bebé con bajo peso (BPN).

- ***Desarrollo del niño evaluado mediante escalas mentales.*** En este trabajo Wadhwa, Sandman y Garite (2001) estudiaron la relación existente entre la ansiedad materna con el posterior desarrollo del hijo y encontraron que los bebés no nacidos que en la fase tardía del embarazo (32 semanas) se han visto expuestos a altos niveles de ansiedad materna, a los 2 años puntuaban más bajo en desarrollo mental mediante la escala Bayley.
- ***Temperamento y afectividad.*** Pesonen, Räikkönen, Kajantie, Heinonen, Strandeberg y Järvenpää (2006), por su parte, llevaron a cabo una investigación que, partiendo de la hipótesis de la programación fetal, sugiere que un ambiente uterino adverso, puede conllevar una talla pequeña al nacer en niños sanos y a término. La exposición fetal a los glucocorticoides, además, tiene un efecto a lo largo de la vida en los diferentes sistemas fisiológicos que pueden afectar tanto la salud como la conducta del niño, y parece influir negativamente en las bases biológicas del temperamento.
- ***Incremento en la tasa de los bebés nacidos muertos.*** La ansiedad crónica de la madre parece aumentar la exacerbación de asfixia fetal in útero, (Relier 2001).
- ***Vulnerabilidad a la disfunción cognitiva y emocional.*** El volumen hipocampal puede verse afectado por las condiciones neurotóxicas del estrés materno. Dicho volumen y sus consecuencias se mantiene hasta la adultez en las niñas y no en los niños. (Buss, Lord, Wadiwala, Hellhammer, Lupien, Meaney y Pruessner 2007).

- ***Crecimiento fetal.*** Lederman (1995), desde la perspectiva psicofisiológica, fundamenta la ansiedad y sus manifestaciones en la vida intra y extrauterina del bebé a través del embarazo, parto y postparto. Las respuestas a la ansiedad o estrés pueden ser observadas a través de las actividades neuroendocrinas, ya que el sistema nervioso simpático secreta catecolamina, principalmente epinefrina y norepinefrina, a la circulación sanguínea de la madre. Estas sustancias alteran la actividad contráctil del útero y pueden llevar a una reducción de la perfusión e intercambio útero-placenta por vasoconstricción arterial, causando así la inhibición del crecimiento fetal (Lederman, Lederman, Work y McCann 1978, 1985).
- ***Parto prematuro.*** El eje hipotalámico-pituitario-adrenal, durante el embarazo, también puede estar involucrado en las respuestas de estrés. Así, los altos niveles de oxitocina secretados por la glándula pituitaria parecen provocar contracciones, prematuras del útero y por ello, contribuir a un parto prematuro (Wadhwa et al. 1993). Estudios recientes indican que existen grandes probabilidades de que otra sustancia pituitaria, la prostaglandina, sea secretada después de que se inicie el trabajo de parto (MacDonald 1995).
- ***Duración del embarazo, crecimiento fetal y desarrollo cerebral:*** Wadhwa et al. (2001), crearon una línea de investigación para estudiar las consecuencias del estrés materno y los factores relacionados con la duración de la gestación, crecimiento fetal y desarrollo cerebral. Encontraron, entre otras, evidencias que apoyan que el estrés materno está presente en la etiología de la prematuridad y sugieren, además, que estos efectos están mediatizados por el eje neuroendocrino materno-placentario-fetal. La ansiedad materna tiene gran influencia en el desarrollo del sistema nervioso autónomo del no nacido así como en los procesos

relacionados con cognición, memoria y habituación del sistema nervioso central, que parece persistir después del nacimiento.

- ***Cortisol y partos pre y postmaduros en adolescentes.*** McCool, Dorn y Susman (1994), observando las diferencias individuales, encontraron que los niveles de alta reactividad al cortisol y ansiedad, son predictores de partos prematuros y post maduros. Pero cuando se comparó el cambio a lo largo del tiempo con los valores absolutos, se apreció que un incremento en los niveles de cortisol, era predictivo de buenos resultados perinatales.
- ***Ansiedad y sintomatología depresiva.*** En un estudio similar, el cambio en la reactividad al cortisol durante el embarazo correlacionó con la presencia de ansiedad y de síntomas de depresión (Dorn, Susman y Petersen 1993).
- ***FOAD (Fetal Origins of Adult Disease-Orígenes fetales de la enfermedad adulta):*** David Barker (1986, citado en Salposky 2004), fue el pionero en el estudio de la relación entre los acontecimientos nutricionales fetales y los riesgos de por vida de enfermedad metabólica y cardiovascular. “La inanición es claramente un agente estresante, que plantea la cuestión de si la programación metabólica ocurre debido a consecuencias nutricionales por la escasez de calorías, y/o debido al estrés de la falta de calorías. Dicho de otro modo, ¿los agentes estresantes no nutricionales durante el embarazo también inducen efectos tipo FOAD? La respuesta es sí” (Sapolsky 2008; p.126).

Además, este autor, también nos advierte que desde la vida prenatal nuestro cuerpo toma “decisiones” en el plano metabólico. Dichas decisiones pueden causar un aumento de por vida del riesgo de ciertas enfermedades, si en ellas se encuentren implicados agentes estresantes. Refiere como ejemplo el caso que se dio en Holanda a finales de la segunda guerra mundial. “Las fuerzas de ocupación de los nazis estaban retrocediendo en todos los frentes, los

holandeses trataban de ayudar a los aliados para que éstos acudiesen a liberarlos y, como castigo, los nazis cortaron todo el transporte de alimentos. Durante aquella estación invernal, los holandeses se morían de hambre. La gente consumía menos de 1.000 calorías al día, se vieron obligados a comer bulbos de tulipanes, y 16.000 personas murieron de inanición. Los fetos, en lo referente a su programación vital metabólica, "aprendieron" algunas graves lecciones sobre la disponibilidad de alientos en ese invierno de hambre. El resultado es una legión de personas con metabolismos ahorrativos y riesgos mayores de síndrome metabólico medio siglo después. Del mismo modo, diversos aspectos del metabolismo y la fisiología quedaron programados en varios momentos del desarrollo fetal. Si uno era un feto del primer trimestre durante la hambruna, eso le programaba para un riesgo de enfermedad cardiaca, obesidad, y un perfil de colesterol insano, en tanto que si era un feto de segundo trimestre, eso le programaba para un mayor riesgo de padecer diabetes.

Al parecer, la clave de este fenómeno no es sólo el hecho de estar subalimentado como feto, sino que, después del nacimiento, tenían abundante alimento y pudieron recuperarse de la privación de forma rápida. Así, desde los primeros años de la infancia, no sólo eran muy eficaces en almacenar nutrientes, sino que tenían acceso a muchos de ellos" (Sapolsky 2008; p.126).

- ***Bajo peso al nacer y riesgo de padecer diabetes e hipertensión en la adultez.*** Levit, Lambert, Woods, Hales, Andrew y Seckel (2000), encuentran que cuanto menos pese el bebé, mayor será el riesgo de dichos problemas metabólicos al ser adulto. Es decir, un bajo peso al nacer sigue prediciendo un mayor riesgo de padecer diabetes e hipertensión aunque se haya controlado el peso en la vida adulta.

Siguiendo a Lederman (1995), inferimos de este conjunto de datos que las manifestaciones del estrés y de la ansiedad, por medio del sistema endocrino,

afectan tanto al bienestar de la madre como a la vida pre y postnatal del bebé, ya que el desarrollo pre y el perinatal están íntimamente ligados. Ello nos hace suponer que, un buen desenlace en el primero es en gran medida un buen pronóstico del segundo. Por otro lado, conviene recordar la relación existente entre los sistemas nervioso central y el endocrino con el sistema inmunitario. El equilibrio entre ellos es el mayor seguro de la salud materna en el embarazo, ya que la eficacia del sistema inmunológico puede verse alterada por la acción del eje hipotalámico-pituitario-adrenal, lo que suele causar inmunodepresión. Este hecho, puede producir infecciones en la madre que influya también en el feto, quien podrá padecer una afección incluso, después de su nacimiento (Sandman, Barron, DeMet et al. 1994; Coe, Wiener, Rosemberg y cols. 1985, citados en Lederman , 1995).

En resumen, y basándonos en la información consultada, todo parece indicar que el embarazo no está exento de la presencia y los efectos de la ansiedad. En esta etapa las consecuencias, como ahora sabemos, tienen un peso específico tanto para la madre como para el bebé, antes y después del nacimiento. Por lo tanto, es menester que los diferentes profesionales involucrados en el proceso conformado por preconcepción, embarazo, parto, postparto y crianza tengamos que seguir ocupándonos de la búsqueda de soluciones, tanto a nivel clínico como de investigación. Para que seamos efectivos es fundamental que trabajemos como equipos multiprofesionales e interdisciplinarios y de esta manera adentrarnos en las diferentes aportaciones de las áreas de conocimientos que estudian la ansiedad durante el embarazo.

También es muy importante que todos los profesionales involucrados en los diferentes aspectos del proceso (desde la pre concepción hasta el parto) se familiaricen con todos los cambios normales tanto físicos como emocionales que están presentes en sus diferentes etapas (Linder 2008)

No obstante, opinamos que no se trata de que todos hagamos terapia y/o intervención psicológica, sino que cada cual en su práctica diaria tenga en cuenta que, también, debemos estar atentos a las situaciones de ansiedad durante el embarazo. De este modo, conseguiremos evitar añadir más estrés durante el proceso y promoveremos elementos que ayuden a detectar, erradicar, prevenir y/o amortiguar este complejo componente de causas potenciales de tantos problemas de salud.

Capítulo 4

Nueve meses después

4.1. El parto.

Como ya hemos comentado anteriormente el embarazo es un proceso fisiológico normal que tiene como objetivo biológico principal el nacimiento de una criatura viva con un peso mínimo de 2500 gramos y de más de 37 semanas de edad gestacional. Sin embargo, para que este objetivo se cumpla es necesario que se dé el parto, que es el acontecimiento que supone un hito en la vida de la madre porque está pariendo, y también para el niño porque está naciendo.

Para algunas parejas, el parto se trata de los dolores de la madre y del llanto del niño. Para muchas otras, el nacimiento del niño es el momento esperado y el del parto el momento temido. No obstante, para todas las madres y también los padres, el nacimiento trae la certeza de que la hija o el hijo esté realmente sano, que su cuerpecito es perfecto, que es un bebé de verdad lo que agrandaba el abdomen de la mamá. Se trata pues de un momento emotivo que permite decir o sentir que, por fin, el bebé ha llegado que ya está aquí..... Es la prueba tangible de que, de verdad, ya somos tres...., o más si se trata de un parto múltiple.

Para todas las parejas, los primeros signos que indican que el parto es inminente traen consigo la cara desconocida del final del embarazo. Para las mujeres que no dan a luz en casa significa el desplazamiento al hospital, el contacto, en la mayoría de las veces, con gente extraña tanto en relación con el personal sanitario como con la posible compañera en la sala de dilatación.

Algunas parturientas se preguntan si su pareja se podrá quedar con ellas todo el tiempo. Otras estarán anticipándose, desde el principio del trabajo de parto, cómo afrontarán el expulsivo y por consiguiente, cómo lidiarán con la intensidad y el umbral del dolor. Unas cuantas estarán pendientes sólo y exclusivamente de los pujos y... finalmente otras cuantas parejas se preocuparán por el protocolo al uso (rasurado, enema, vena cogida, restricción de movimientos a lo largo de la dilatación, postura para el expulsivo, oxitocina, epidural, episiotomía...)

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), el nacimiento de un niño sano no es, aunque lo parezca, un hecho casual. Es el resultado de un sinfín de cuidados y atenciones prodigadas con generosidad y profesionalidad. Igualmente considera que la atención al parto debe basarse en los principios de humanización, control fetal y alivio del dolor. Por ello, estima que los protocolos para la asistencia durante la dilatación y el expulsivo, tienen que primar la seguridad y la salud tanto de la madre como del recién nacido. En enero de 2008, la SEGO presentó "Las Recomendaciones sobre la Asistencia al Parto" en las cuales clasifica los partos en normal y no intervenido, de la siguiente manera:

El **parto normal** es el trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37^a-42^a semana y que tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido sano que se adapta de forma adecuada a

la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben, igualmente, evolucionar de forma fisiológica.

Es el único tipo de parto susceptible de ser atendido como un parto no intervenido. Realizando, por tanto, el menor número posible de procedimientos activos, pero sin olvidar que como cualquier trabajo de parto, obliga a una vigilancia exhaustiva del estado materno y fetal.

En el caso del **parto no intervenido** (también llamado parto sin medicalizar), el trabajo de parto reúne las mismas características descritas en la definición de parto normal, es decir, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren la fisiología del mismo. Pero en la asistencia al parto no intervenido, es igualmente fundamental la labor de vigilancia del estado materno-fetal, *así como la asistencia psicológica* a la parturienta y a su familia, por parte del personal asistencial¹: matrona y auxiliar de enfermería.

Los objetivos perseguidos por la SEGO son los siguientes:

- Favorecer el proceso del parto con el mínimo intervencionismo necesario para garantizar la seguridad materna y fetal, pero sin renunciar a las posibilidades de control y rapidez de actuación que se ofrecen en la atención hospitalaria del parto. La atención al parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico, en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad.
- Ofrecer *cuidados individualizados* basados en las necesidades de la mujer, respetando sus decisiones, siempre que no comprometan la seguridad y el bienestar de la madre y del feto/recién nacido o conlleven una disminución inaceptable de las medidas de asepsia.

Todas las cursivas de este apartado son nuestras

- Favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres.
- Considerar el parto como un *acontecimiento singular* y único en el *devenir de una mujer y en la relación de una pareja*.
- Que la gestante se sienta *protagonista y responsable* del parto y de la toma de decisiones en el mismo .

Para conseguir dichos objetivos la SEGO apunta como necesario:

- Habilitar espacios adecuados para la atención del proceso de parto. En este sentido, las *salas de dilatación deberían ser individuales*, de tal forma que permitan a la *parturienta estar acompañada por su pareja* o persona de elección y mantener la intimidad del momento.
- Disponer de medios adecuados para ofrecer una atención individualizada durante el parto.
- Asegurar, durante todo el proceso del parto, tanto el bienestar de la madre, como del feto y del recién nacido.
- Disponibilidad, en un área próxima, de un espacio que permita la atención en caso de complicaciones (quirófano o paritorio en el que se pueda realizar una intervención quirúrgica).

La SEGO destaca, además, tres condiciones. A saber:

1. Documento informativo. Es muy importante que la gestante entienda y acepte la oferta que le ofrece el centro elegido para el parto. Por este motivo es esencial que el equipo obstétrico informe y explique, en un

lenguaje comprensible, los procedimientos que se realizan durante el parto. Para algunas intervenciones específicas, puede ser necesario además obtener un consentimiento firmado por la gestante.

2. En cualquier momento, si se presenta alguna desviación de la normalidad, el equipo que atiende el parto podrá, tras informar a la gestante, aplicar el tratamiento que considere necesario.
3. La responsabilidad y la toma de decisiones asistenciales a partir del ingreso, corresponden única y exclusivamente a los profesionales del centro donde se atiende el parto. Ningún otro profesional, aunque haya intervenido en la atención de la embarazada, tendrá capacidad de decisión.

Desde la SEGO también se está haciendo un esfuerzo por intentar humanizar el parto y con el fin de canalizar y dar respuesta, por un lado, a la demanda social actualmente existente y, por otro lado, asegurar la salud materno-fetal. La Sección de Medicina Perinatal emite recomendaciones sobre la atención al parto. La mayor parte de estas recomendaciones que aquí se plasman, ya han sido reseñadas en anteriores documentos emitidos por la SEGO. Destacan entre ellos el Protocolo de Atención al Parto (2003), el Procedimiento sobre la Episiotomía (2004) o las Recomendaciones para la Organización de un Servicio de Obstetricia y Ginecología (2005).

En cuanto al parto en sí, la SEGO reseña en su guía asistencial para la dilatación y el expulsivo, pautas para el control fetal así como el reconocimiento del recién nacido, y por último se ocupan del período del alumbramiento. A continuación expondremos dichas guías y pautas, y también, aprovechamos para acentuar el hecho de que toda la información relacionada con la SEGO, en este trabajo, han sido transcritas literalmente.

Guía de asistencia al periodo de dilatación

En general se intentará evitar el ingreso de aquellas gestantes que no cumplan los criterios para considerar que están en fase activa de parto (dinámica uterina regular, borramiento cervical >50% y una dilatación de 3-4 cms.)

Al ingreso se realizará la valoración clínica y obstétrica habitual:

- Evaluación del riesgo
- Toma de constantes
- Exploración vaginal
- Comprobación del estado fetal con monitorización cardiotocográfica
- Verificar las analíticas previas y realizar, si fuera preciso, los estudios necesarios (grupo y Rh, serologías, pruebas de coagulación, etc....).

Valorar las necesidades de la mujer:

- La paciente podrá estar acompañada en todo momento por la persona que ella elija. La presencia de otros profesionales que hayan podido intervenir en el control de la gestante antes del parto y que sean ajenos al centro, dependerá de las posibilidades estructurales de cada unidad.
- *Se debe facilitar, a la parturienta, la adopción de la posición (sentada, acostada, deambulando, etc...) que le reporte un mayor confort.*
- Enema opcional (a solicitud de la mujer o por necesidad).
- *No restringir la ingesta de líquidos (agua, te, zumo,...) durante el trabajo de parto, sobre todo en procesos prolongados. Se deben evitar los*

lácteos y los alimentos sólidos. *Se puede permitir que las mujeres ingieran comidas livianas si lo necesitan.*

- Favorecer la micción espontánea. El sondaje vesical sólo se practicará si fuera necesario.
- Permitir a la gestante el uso de ropa personal e interior, así como objetos personales, música, etc....

En cuanto al control del dolor:

- Informar a la gestante de los medios que el centro dispone para el alivio del dolor. La analgesia de elección es la epidural, a la menor dosis posible que permita el control del dolor, con el fin de producir el mínimo bloqueo motor y permitir que la parturienta deambule o adopte aquella postura que le aporte una mayor comodidad.
- Si la parturienta desea analgesia epidural, la monitorización fetal debe ser continua.
- *Facilitar apoyo psicológico y, si se dispone, medidas físicas coadyuvantes.*

Valorar la canalización de una vía intravenosa:

- No hay datos para poder evaluar la eficacia de tener canalizada una vía intravenosa durante el parto. La prudencia aconseja tener una vía canalizada y salinizada por si más adelante fuera preciso el tratamiento intravenoso. Sin embargo, en las gestantes que deseen un parto no intervenido y no exista riesgo de hemorragia posparto, podría obviarse la canalización de una vía venosa.

- La mujer ha de saber que en caso de necesidad y según los protocolos, en determinadas circunstancias será necesario administrar algunos medicamentos (oxitócicos, ergotínicos) o realizar profilaxis antibiótica (rotura prematura de membranas, portadora de estreptococo agalactiae, fiebre intraparto, ...), pero siempre será informada previamente de la conveniencia de dicha aplicación.
- La toma de constantes (tensión arterial, pulso y temperatura) se efectuará cada 2 horas.

Control fetal:

- El control fetal se puede realizar con monitorización cardiotocográfica (continua o intermitente) o con auscultación fetal intermitente cada 15 minutos, durante 60 segundos después de una contracción.
- El control clínico mediante auscultación intermitente, sólo es admisible si se dispone de una matrona por parto. Cuando se realice control clínico, la valoración de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) y de la dinámica uterina ha de quedar correctamente registrada en la historia clínica.
- Se deberá realizar monitorización continua en aquellos casos en que aparezcan datos de alarma (alteración de la FCF, anomalías de la dinámica uterina, líquido teñido, fiebre intraparto, etc...) o si la situación clínica así lo aconseje (analgésia epidural, estimulación con oxitocina, etc...).
- En los partos intervenidos se realizará monitorización fetal continua.
- Ante variaciones de la FCF que se alejen de los patrones considerados normales y que supongan una situación de riesgo o de pérdida del

bienestar fetal, se recomienda, si las condiciones lo permiten, la realización de otros estudios que nos aporten más información sobre el estado fetal.

Valoración de la progresión del parto y registro del mismo de forma adecuada en el partograma.

- Desde el momento en que se considere que la mujer está de parto, se recomienda emplear un partograma para registrar los datos obtenidos durante la evolución del parto así como todas las incidencias, indicaciones y tratamientos realizados.

Tactos vaginales:

- El número de tactos ha de ser el mínimo que permita valorar con seguridad la evolución del parto. Suele ser suficiente un tacto cada 2-4 horas o antes si el equipo obstétrico lo cree conveniente.
- Se practicará también un tacto vaginal tras la amniorraxis, antes de la administración de analgesia epidural, tras la aparición de un registro cardiotocográfico patológico sin causa aparente o cuando la paciente presente deseos de realizar pujos.
- Dinámica uterina. Se considera dinámica uterina eficaz aquella que permite la progresión del parto sin efectos adversos para la madre o el feto. En aquellos casos en que la auscultación se realice de forma intermitente, la valoración de la dinámica podrá ser manual y/o mediante registro externo.
- El empleo de la oxitocina se limitará a los casos de necesidad. No se considera necesaria si el progreso del parto es el adecuado. Su uso va ligado directamente a la obtención de una dinámica adecuada al

momento del parto. Si se emplea oxitocina, la monitorización del parto deberá realizarse de forma continua.

- No se debe realizar amniotomía de rutina. Se practicará en el caso en que la dilatación no progrese adecuadamente o en aquellas situaciones que precisen del acceso al feto, como por ejemplo la monitorización interna o la realización de un pH.

Es importante proporcionar un soporte emocional adecuado:

- *Identificar e intentar eliminar las causas de miedo y ansiedad.*
- Favorecer un clima de confianza y respeto a la intimidad de la mujer durante la evolución del parto, rodeando esta etapa de una atmósfera grata y tranquilizadora.
- Ser sensible a las necesidades culturales y a las expectativas de las parturientas y su familia.
- Transmitir a la gestante y familiares más cercanos, de forma comprensible, completa y concisa, la información disponible sobre el estado actual del parto, dándoles el apoyo humano que este momento requiere, para que conociendo la realidad de los hechos puedan tranquilizarse.
- Mantener un estado satisfactorio de higiene y confort mediante una cómoda posición, masaje corporal, lavado perineal, no necesidad de rasurado, cambio de sábanas, empapador, etc...; *haciendo partícipe al acompañante de su colaboración en dicha actividad.*

Guía de asistencia al periodo expulsivo

- El equipo obstétrico mantendrá preferentemente una conducta expectante durante el expulsivo, siempre que las condiciones de salud materna y fetal lo permitan.
- Si las condiciones del parto lo permiten, *la mujer podrá estar acompañada por la persona que desee*. Si fuera necesario realizar un parto instrumental o una cesárea, la presencia del acompañante dentro de la sala de partos será discrecional y dependerá del personal asistencial que esté atendiendo el parto.
- El manejo más fisiológico del expulsivo debería ser el de esperar a que la mujer sienta ganas de empujar. Si los pujos son efectivos, se dejará que los haga de la forma que ella desee para su comodidad, facilitando en el momento del expulsivo, la visualización del periné para protegerlo adecuadamente.
- En función de las disponibilidades de cada centro, *valorar la posibilidad de dar a luz en el paritorio o si la mujer lo desea, en la silla de partos o en la cama*.
- Dar opción a que la mujer adopte la posición que desee durante el expulsivo, siempre que se respeten los principios de calidad asistencial y control del estado fetal.
- En este periodo, el riesgo de acidosis fetal es más elevado, por ello es recomendable realizar una monitorización continua de la frecuencia cardiaca fetal. Si se realiza una auscultación intermitente, se hará cada 2-3 contracciones ó cada 5 minutos, durante 60 segundos después de una contracción.

- Al igual que durante la dilatación, no se debe restringir la posibilidad de ingesta de líquidos y se debe informar a la mujer en todo momento de forma veraz y adecuada a sus conocimientos sobre la evolución del parto. Hay que favorecer la micción espontánea. Si la parturienta no orina o no lo ha hecho en cantidad adecuada, se practicará un sondaje vesical.
- Se debe valorar durante el expulsivo, no sólo su duración, sino también su progreso. En ausencia de compromiso fetal, si la dinámica uterina es adecuada, la colaboración de la madre es buena y no existen problemas maternos que lo contraindiquen, se acepta como duración normal hasta 2 horas en nulíparas y hasta una hora en múltiparas, siempre que exista un progreso continuo en el descenso de la presentación. En caso de anestesia regional, los límites se establecen en tres y dos horas para nulíparas y múltiparas respectivamente. La falta de progreso y detención del descenso implican mal pronóstico, por lo que en estos casos deberemos extremar la vigilancia fetal y replantearnos la actuación obstétrica.
- No se realizará rasurado del periné de forma rutinaria, quedando limitado a aquellos casos en que sea necesaria practicar una episiotomía. El rasurado se hará tan sólo en la zona mínima necesaria.
- *La práctica de la episiotomía ha de ser restrictiva, limitada únicamente a los casos en que a criterio de quien asiste el parto, se considere necesaria.*
- La expulsión de la cabeza fetal se hará de la forma más lenta y controlada posible.

- La presión sobre el fondo uterino, podrá ser utilizada sólo con la intención de ayudar al desprendimiento de la cabeza, pero en ningún caso para facilitar el descenso de la presentación.
- Es importante realizar una adecuada protección del periné para minimizar el riesgo de desgarros.
- Para facilitar la distensión perineal y el desprendimiento de la cabeza fetal se pueden usar compresas calientes o sustancias lubricantes. Se debe evitar el masaje continuo de vulva y periné.
- Se deben practicar el menor número posible de tactos vaginales.

Tanto sea un parto no intervenido como un parto instrumental se deben adoptar las máximas medidas de limpieza y asepsia durante el expulsivo.

Parto no intervenido:

- Según la posición de la parturienta, se usarán paños estériles con la frecuencia adecuada para mantener el espacio asistencial lo más limpio posible.
- Tanto el personal asistencial como los acompañantes usarán gorros y mascarillas.
- La sutura de una episiotomía o desgarro de periné se considera un procedimiento quirúrgico, por lo que se deben aplicar las normas habituales de asepsia.

Parto instrumental: al ser un procedimiento quirúrgico, se deben respetar las normas habituales de asepsia.

Con respecto al recién nacido:

- Si fuera posible, esperar hasta que el cordón deje de latir antes de seccionarlo.
- No se separará al recién nacido de la madre, excepto que sea imprescindible. La atención inicial del recién nacido se ha de hacer, siempre que sea posible, en la propia sala de partos y en presencia de los padres. Si se precisaran maniobras de reanimación más profundas, a criterio del equipo que atienda al recién nacido, éstas se realizarán en una área más adecuada para tal fin.
- Proceder, si fuera preciso, a recoger sangre del cordón umbilical (grupo y Rh, donación de sangre de cordón, etc...). Es recomendable en todos los partos la realización de un pH de cordón.
- Valoración del test de Apgar.
- Tras comprobar la adecuada adaptación del bebé, si la mujer lo desea, se colocará al recién nacido sobre su abdomen, piel con piel con su madre y cubierto con un paño seco y caliente. En este caso, se puede demorar hasta el final su identificación, así como la profilaxis ocular y la administración de vitamina K.
- Facilitar el inicio de la lactancia materna lo antes posible, siempre que no haya contraindicación para la misma.

- Ofrecer al padre la posibilidad de tener al recién nacido en sus brazos.

Guía de asistencia al alumbramiento

El manejo del alumbramiento se puede hacer:

De forma expectante:

En este caso no hay que realizar maniobras extractoras de la placenta hasta pasados los 30 minutos de duración normal del alumbramiento.

Alumbramiento dirigido:

El manejo activo del alumbramiento puede prevenir hasta un 60% de las hemorragias de este periodo y es una intervención basada en evidencias científicas, factible y de bajo costo. Reduce también la necesidad de transfusión, la tasa de anemia severa posparto y la duración del tercer periodo del parto.

Existen diferentes pautas, pero las más eficaces son las que emplean oxitocina en el momento de la salida del hombro anterior. El uterotónico de elección es la oxitocina. Aunque las prostaglandinas son eficaces en el tratamiento de las hemorragias posparto, actualmente no tienen un papel en la prevención de las mismas ni por vía oral, ni por vía rectal, han demostrado ser tan eficaces como los uterotónicos inyectables.

- Tras el alumbramiento es recomendable la administración de oxitocina o de uterotónicos.
- Tras revisar y comprobar su integridad, la placenta se tratará como cualquier otro producto biológico.

- Tras el parto se debe revisar el periné (y el canal del parto si hay un sangrado), para proceder a la sutura necesaria, empleando si fuera preciso, anestesia local.
- Finalizar con el aseo de la mujer, de su ropa y de su cama.
- Tras el parto, la madre permanecerá en el área durante las dos primeras horas del posparto inmediato. Durante este periodo se controlará su estado general, las constantes, la contracción uterina, las pérdidas hemáticas y, en caso de epidural, se valorará la recuperación de la sensibilidad y movilidad de las extremidades inferiores.
- En condiciones normales, el traslado a la planta se hará sin separar a la madre de su hijo.

A pesar de los planteamientos de la SEGO cada vez más y más voces, tanto a nivel particular como de organizaciones y/o asociaciones, pasando por personal sanitario, defienden, reclaman, se quejan, demandan y/o exigen cambios en la asistencia al parto en los hospitales.

Desde el punto de vista del usuario ponemos como ejemplo una carta, cuya autoría se atribuye a Paloma en el Blog de Merche, Kebuskas que en estos momentos circula por la red y que reproducimos íntegra y literalmente.

“Érase una vez un país en el que las mujeres hechas y derechos dejaban de serlo aproximadamente en la semana 2 de su primera gestación. Ya nunca volvían a ser ciudadanas de primera categoría.

A partir de este momento se sucederían todo tipo de reproches hacia su persona; curiosamente por los ginecólogos y matronas que las atendían en las consultas

llamadas de salud del embarazo. Se las trataba bruscamente y sin educación, regañándolas por haber comido demasiado o demasiado poco, por hacer mucho ejercicio o no guardar bastante reposo, agobiándolas con predicciones apocalípticas de placentas demasiado bajas, líquidos insuficientes o excesivos, niños que engordaban a un ritmo frenético o no engordaban en absoluto, y todo aquello siempre era culpa de la gestante. Así que las futuras madres, deseosas de que sus hijos estuvieran a salvo, tragaban con todas estas reglas, con los ataques personales, y no reclamaban cuando el ginecólogo apuntaba la altura uterina, el peso o la tensión sin siquiera levantar la mirada y menos sus sagradas posaderas del sillón despidiéndolas con un "a ver si para la próxima visita no engordas tanto".

Pero lo peor era que aquellos no eran casos aislados, era lo normal y toda la sociedad lo percibía como correcto. Todo esto tenía una razón, y es que así llegarían totalmente infantilizadas y faltas de sentido crítico al final del embarazo, acatando sin rechistar cualquier disposición médica, aunque fuera claramente en contra de su salud y la de su bebé.

Para el parto ya estaban completamente ganadas para la causa, convencidas de que la inducción el lunes por la mañana (aunque le quitaran varias semanas de gestación a su hijo y luego ingresaría en neonatología para suplir los días que faltaban en su desarrollo) era lo más conveniente para ellas (y para el hospital), de que los dolores provocados por la oxitocina artificial eran el merecido castigo por no dilatar (pues aun no era el momento para que naciera su hijo), de que obligatoriamente se les tenía que subir encima una matrona de 100 kilos, ya que ellas no sabían empujar (¿y cómo podrían hacerlo?, si estaban tumbadas boca arriba, desprovistas de la fuerza de la gravedad) y de que la episiotomía era imprescindible para que saliera su hijo (en el brevísimo plazo que establecía el protocolo del hospital, no fuera que el paritorio se ocupara demasiado rato y atendieran menos partos al mes).

Hace relativamente pocos años se dispuso un caramelito para distraer a las féminas y de paso, ganarse su confianza. Esto se llamó inocentemente epidural, y tenía doble ventaja, porque las propias mujeres hicieron la mejor publicidad, ensalzando sus supuestas virtudes y sin publicitar los contras (como hacen todos los grupos sometidos cuando se les brinda un poco de atención) y además permitía realizar

todas las prácticas habituales impunemente, porque la parturienta no debía sentir nada.

Y como no sentían nada, se les podía romper la bolsa sin preguntar (para recoger el líquido cuando viniera mejor a los turnos), suministrar oxitocina artificial diciéndoles que era suero, prohibir moverse de la camilla (para que no tuviera que acudir una matrona a recolocar los registros), aislarlas del acompañante (para que no hubiera testigos de su iatrogenia), manipular las zonas más íntimas de su cuerpo con brusquedad (porque el equipo tenía prisa en acabar), sostener a su niño lejos de ellas (porque ellas no sabían cogerlo adecuadamente). Vamos, se permitía casi cualquier cosa. Pues todo esto dolía (sobre todo a posteriori) y provocaba muchos problemas físicos y psíquicos (la famosa depresión postparto, que también era culpa de la mujer, no de la desatención de los obstetras y matronas, por supuesto).

Y sí, efectivamente, este país es España. Cada día se producen más de 1300 nuevos casos de violencia contra las mujeres, concretamente contra las que se encuentran de parto.

Hace mucho que se sabe que la mejor manera de controlar a un grupo de población es doblegarlo en aquellos momentos en que más indefenso está.

Cada vez que se le dice a una puérpera "pero ¿de qué te quejas?, si tienes un niño precioso" o "hija, ¿qué te pensabas que era tener hijos?" o bien "no llores por los puntos en tu vientre (o en tu periné), que se los dan a todas" estamos perpetuando el maltrato, estamos normalizando una situación de sumisión y eliminando cualquier posibilidad de objeción.

Pensemos en ello cuando nos llevemos las manos a la cabeza ante los casos de ablación genital de países tan lejanos. Quizá estemos más cerca de lo que creemos."

PALOMA

“Diríase que, a veces, los complejos cambios sociales y de comportamiento que tienen lugar dentro de nuestra sociedad desaniman a los psicólogos, economistas y filósofos en sus trabajos de análisis.” Así empieza Macfarlane,

(1978), a exponer su punto de vista sobre el tema que nos ocupa y desde su perspectiva profesional hace la siguiente aportación.

“Por fortuna, sin embargo, el mundo cuenta con personas que se niegan a aceptar las estrechas limitaciones de la ciencia y de los métodos científicos, personas a las que la incapacidad de medir las emociones, el misticismo y el cambio les sigue proporcionando cierta alegría y satisfacción.

Un cambio social reciente y de gran importancia, pero cuyas causas son difíciles de fijar, ha sido tanto la revaloración de la posición de la mujer dentro de la procreación. Desde el punto de vista de la intervención médica, la procreación ha sido una prerrogativa casi exclusivamente masculina y, debido a ello, se han visto menos controlados los aspectos físicos del nacimiento que los emocionales.

Sería absurdo negar las enormes conquistas alcanzadas en lo que se refiere a la reducción en el número de lesiones en niños y madres, gracias a los progresos de la medicina. Por lo mismo, en este libro subrayo con frecuencia que solamente es posible examinar los aspectos psicológicos del parto cuando sabemos que ambos, madre e hijo, tienen las máximas posibilidades de sobrevivir.

La reducción del índice de mortalidad entre las madres y sus hijos ha supuesto, sin embargo, una participación cada vez mayor en los procesos de nacimiento. En la actualidad, a las madres que esperan un hijo se les considera más como “pacientes hospitalarios” que como seres humanos en trance de vivir una evolución fisiológica y psicológica totalmente normal. En cierto sentido parece que hemos llegado a un punto en que los beneficios disminuyen: el número creciente de intervenciones produce cada vez menos resultados satisfactorios.

Aunque con frecuencia se comenta que los cambios psicológicos y fisiológicos están íntimamente tan ligados que no pueden efectuarse mutaciones en uno de los campos sin que se produzcan también en el otro, tal idea, sin embargo, no ha sido debidamente aprovechada. No obstante los factores psicológicos son utilizables tanto para predecir los casos en que pueda haber complicaciones en el embarazo y el parto como para mejorar la calidad de la experiencia.

El alumbramiento es una vivencia emocional inmensamente compleja, y su experiencia tiene una gran importancia para los seres que en ella intervienen, no solamente en el momento de vivirla sino también posteriormente...La psicología del parto está aún iniciándose y se enfrenta con problemas de metodología, difíciles en sumo grado, en cuanto a evidenciar las causas y efectos posibles que influyen en el embarazo y el parto" (Macfarlane 1978, p. 9-11).

De ahí podemos deducir que la demanda de cambios en lo referente a los cuidados sanitarios en el parto, salvando las distancias, vienen sucediéndose a lo largo de los tiempos.

4.2. En el pasado...

Tomemos, por ejemplo, el siglo XIX en el cual, según las recopiladoras de los documentos históricos relatados en el libro *European Women* (1980), en la primera etapa de esta época los médicos solían creer que el útero era la fuente de todos los problemas de salud tanto física como psicológica de la mujer. Por supuesto que dicha creencia también incluía los problemas relacionados con la reproducción femenina. Era costumbre, por ejemplo, utilizar como cuidados terapéuticos de los dolores de cabeza, nerviosismo y trastornos del sueño,

poner sanguijuelas sobre la vulva o en cuello del útero. También era práctica común cauterizar la cérvix con nitrato de plata o con hierro blanco caliente, así como inyectar diferentes tipos de soluciones en el útero.

En la última etapa de este siglo estos tratamientos cayeron en desuso, pero muchos de los cuidados dispensados a las mujeres seguían siendo inadecuados y peligrosos. Sin embargo, las mujeres de clase media pensaban que un parto atendido por un médico resultaría más seguro.

Mientras tanto las mujeres de la clase trabajadora seguían bajo los cuidados de otras mujeres, durante el nacimiento de sus hijos. Mujeres que por lo general eran familiares, amigas con experiencia en este menester y muy rara vez una comadrona con formación profesional.

Las matronas no solían interferir en el parto ya que lo veían como un proceso natural, los médicos por su lado consideraban que se trataba de una enfermedad que necesitaba una intervención curativa y frecuentemente la ponían en práctica. La cura consistía en sangrar, purgar y administrar sustancias eméticas. Cuando este tipo de prácticas fueron abolidas, se siguieron dispensando medicamentos durante el parto, llevando a cabo manipulaciones e instrumentaciones (uso de fórceps) con el objetivo de acelerar el nacimiento y el alumbramiento. No pocas veces, esta actuación terminaba por desgarrar a la madre.

Las prácticas arriba mencionadas, más los partos por cesárea en situaciones en las cuales faltaban las mínimas medidas de asepsia, conllevaban una expansión de los agentes causantes de infecciones de unas mujeres a otras y por consiguiente a la permanencia de altas tasas de mortalidad materno-infantil.

Alrededor de 1888 Louis Pasteur defendía que la fiebre puerperal que acaecía a las pocas horas o días del parto y que frecuente y rápidamente

causaba la muerte, era debida a las bacterias que entraban en las heridas llegando al torrente sanguíneo. Además apuntaba que la vía de infección era la propagación a través de los actos médicos. El número de mujeres muertas durante el parto, a causa de la ausencia de lavado de manos de los médicos por un lado, y de la utilización de instrumental sin esterilizar, por otro, sumaron entre 1920 y 1930 decenas de miles de mujeres muertas por fiebre puerperal cada año.

La historia pone de relieve al siglo XIX como la época en la cual los bajos niveles de nutrición y salud desde la infancia, y la ausencia de cuidados prenatal fueron algunas de las causas que contribuyeron tanto a problemas en el embarazo y complicaciones en el parto como a la muerte materna en las mujeres de las clases más pobres de Europa.

En el siglo XXI la mayoría de las mujeres europeas pueden alimentarse y nutrirse adecuadamente y, como avanzamos en otro apartado, cuentan con servicios de atención prenatal, de modo que tanto las parturientas como los bebés no suelen morir al parir↔nacer. Con eso y con todo parece que todavía existen reminiscencias del siglo pasado en relación con el tema que nos ocupa.

En ocasiones se pueden vislumbrar las “huellas” de antaño y en dichas circunstancias nos podemos preguntar ¿puede que a ello se deban algunas rutinas vigentes en la asistencia al parto? ¿Es posible que la revisión de la historia perpetúe la consabida profecía “parirás con dolor”? ¿Podiera ser que las novelas se ocupen del nacimiento como un recurso de prosa sin más? ¿Es posible que en este momento histórico hayamos vuelto a creer que los niños vienen de París? ¿Será el miedo a parir consecuencia de la pérdida de confianza en la fisiología de los actos de reproducción?

¿Es que hemos extraviado la sana capacidad de transmitir la importancia de la información que permite reconocer parto y nacimiento como un trabajo de

equipo? Si tomásemos prestados del cine, su lenguaje, hablaríamos de actores y actrices y podríamos decir, en su jerga, que en el reparto de esa “película”, contamos con tres “protagonistas” (madre, bebé, padre) y con los también importantes “actores secundarios del reparto” (los profesionales sanitarios).

Si miramos mucho más atrás, encontramos que ya en 1922 Kloosterman, profesor de obstetricia de la Universidad de Ámsterdam, apuntaba hacia al periodo germinal de esta reivindicación cuando decía que “el parto en sí es un fenómeno natural, y en la mayoría de los casos no necesita intervención ajena alguna solamente una atenta vigilancia, apoyo moral, y protección contra intromisiones humanas. Una mujer sana que da a luz espontáneamente realiza una labor que no puede ser mejorada. Esta labor se cumplirá óptimamente si la mujer siente confianza en si misma y queda en un ambiente en el que ella constituye el centro (como sería en su propia casa). **Seguía añadiendo** que durante el embarazo es posible dividir, con ayuda de un profundo control prenatal, a las futuras madres en dos grupos: uno amplio, que nos muestra síntomas evidentes de patologías (el llamado grupo de riesgo mínimo) y un grupo mucho más reducido en el que se encuentran signos de ligeras e incluso grandes anomalías. Sólo el grupo de riesgo máximo debería estar en un hospital bajo la vigilancia de los especialistas; al otro lado le iría mejor acogerse al cuidado de psicólogos especializados en psicología del parto, de una comadrona, o de un médico de cabecera con un cursillo de obstetricia.

Por tanto, según nuestra opinión, en la actualidad, es fundamental extender los cuidados preventivos del embarazo a todo el proceso que lo conforma (embarazo ↔ vida prenatal ↔ parto ↔ nacimiento ↔ postparto ↔ lactancia ↔ crianza) desde la perspectiva de prevención y promoción de la salud biológica ↔ psicológica ↔ social. Para ello es esencial seguir fomentando una nueva mentalidad de trabajo que sea además de preventivo, multiprofesional e interdisciplinar para de esta manera, constituir un equipo de salud (para más detalle, ver da Costa Saar y Trevizan 2007).

Esta petición viene siendo hecha, como hemos visto, desde hace ya más de veinte años, y se defiende desde una base sólida y fuera de cualquier especulación. En ella, se afirma que es necesario un cambio tanto en la práctica de la atención al embarazo, como proceso que es tanto clínico como de investigación.

Mientras tanto, para acumular más y más evidencias, vamos recopilando estudios, resultados y conclusiones relevantes, de los cuales, algunos de ellos estamos resaltando lo largo de este trabajo. Pasamos a resumir unos cuantos más.

4.3. Lo que queda por saber...

- **Miedo al parto, ansiedad, fatiga y privación de sueño en mujeres en el tercer trimestre del embarazo.** Hall, Hauck, Carty, Hutton, Fenwick y Stoll (2009), en esta investigación las variables miedo al parto, ansiedad, fatiga y privación de sueño correlacionaron de forma positiva. También se encontró que entre las mujeres que mostraron menos miedo severo al parto, eran las que estaban atendidas por matronas y no por obstetras. Los altos niveles de ansiedad predecían altos niveles de miedo al parto. Las autoras concluyeron que las mujeres que se sentían más fatigadas, es decir, las que tenían más situaciones estresantes en su día a día, presentaban más ansiedad y contaban con menos ayuda de su entorno. Añaden que dicho miedo parece ser parte del complejo cuadro de experiencias, a nivel emocional, vividas por las mujeres durante el embarazo. **Fobia tocológica (Tokophobia)** Bakshi, Mehta, Mehta y Sharma (2008) definen, en este trabajo teórico, la fobia tocológica como un miedo patológico al parto que puede llevar a la

evitación del embarazo. La fobia tocológica se clasifica en primaria y secundaria. Los miedos son más intensos y comunes en las primigrávidas que en las multigrávidas. En las mujeres que presentan fobia tocológica suele ser mayor la incidencia de cesáreas; además, también se encuentra, en ellas, un incremento de la morbilidad de trastornos psicológicos tanto en el parto como en el postparto. Concluyen que los sanitarios involucrados en el cuidado de la mujer embarazada deberían detectar los casos de tocofobia, y luego derivar a los servicios pertinentes. Arguyen que la obstetricia moderna debe implementar programas para el diagnóstico de los miedos durante el embarazo, así como proporcionar técnicas de afrontamiento y apoyo terapéutico. Con ello se aumentaría la satisfacción de las mujeres con su parto y a la vez se disminuirían los índices de parto por cesárea.

- **Ansiedad prenatal materna y producción de hormona corticotropica asociada al momento del parto.** Mancuso, Schetter, Rini, Roesch y Hobel (2004), encontraron que las mujeres con alta producción de hormona corticotropica (CRH) y alto nivel de ansiedad entre las semanas 28 y 30 del embarazo, parieron antes que las embarazadas con baja producción de CRH y nivel de ansiedad baja. Los partos prematuros se dieron en las mujeres, con alto nivel de ansiedad y que producían altas cantidades de la hormona tanto en los tramos de 18 a 20 semanas como en el intervalo de 28 y 30 semanas de embarazo, dichas variables correlacionaron entre sí, alcanzando significación estadística.

- **Auto eficacia en el parto y ansiedad durante el embarazo.** Beebe, Lee, Carrieri-Kohlman y Humprheys (2007), destacaron que la ansiedad prenatal en el último estadio del tercer trimestre de embarazo correlaciona de forma significativa con auto eficacia en el parto, dolor percibido en el parto, tiempo de dilatación en casa, y centímetros de dilatación cervical al ingreso hospitalario.

- **Miedo al parto en parejas que deseaban la presencia del otro en el parto.** Szeverényi, Póka, Hetey y Török (1998), realizaron una investigación para conocer los miedos relacionados con el embarazo y el parto, presentes en parejas durante el tercer trimestre, cuyos hombres querían acompañar a las mujeres en el parto. Las autoras encontraron que el ochenta por ciento de la muestra temían algún aspecto del parto. Las mujeres temían por la salud del hijo, miedo a hacer algo incorrecto, incertidumbre por como se desarrollaría el parto (instrumentalizado o intervenido), miedo a la soledad en un ambiente poco o nada familiar. Los hombres temían la posibilidad de que su hijo presentase alguna clase de daño al nacer, que la mujer padeciera demasiado dolor y que se pudiera morir en el parto.

- **Aceptación por la pareja de la presencia del padre en el parto.** Nejad (2005), nos informa que en los países islamistas no es común que los hombres acompañen a sus mujeres a la sala de partos. No obstante, verifica, en la República Islámica de Irán, la existencia de una predisposición en la pareja para que el hombre esté presente en la sala de partos. Esta presencia no es solamente aceptada sino también deseada por ambos miembros de la pareja. La presencia del hombre en el parto para las parejas participantes, es considerada positiva porque sirve para que el hombre asuma la responsabilidad del nuevo rol de padre, siendo un factor que contribuye a la relación padre-hijo, también fortalece la relación de pareja y además, sirve como instigador de la predisposición del hombre para la práctica y el uso de medios contraceptivos.

- **El impacto psicológico de ser madre.** Pelechano (1981), concluye ... “se ha dicho que el parto es un fenómeno biológico-natural. Si esto es así, no acaba de verse con claridad por qué las parturientas son

tratadas genéricamente como “pacientes” (de hecho, reciben tal nombre dentro del hospital, ellas llegan a reaccionar como tales y ello les crea un stress que no tiene por qué ser necesario). Ocurre, además, que lo que ocurre dentro del hospital posee, en unos casos, un efecto pasajero pero en otros, parece tener cierta duración y, además, incidir sobre el tipo de interacción madre-hijo o, cuanto menos, incide sobre el modo que tiene la madre de percibir a su hijo recién nacido. Si a ello se añade el efecto favorable, en líneas generales, de la preparación psicofísica para el parto, cabría pensar, como posible alternativa al régimen asistencial actual otro en el que existiesen unos servicios multi-profesionales (entre los que habría que introducir psicólogos) y localizados en centros estatales, cuyo objetivo sería ofrecer ayuda especializada y eficaz a las mujeres desde el momento del diagnóstico de embarazo y que terminasen con el alumbramiento. En estos centros de “maternidad” se impartirían cursos prácticos y teóricos respecto al momento y al modo de actuar de las madres durante el parto y los primeros meses de vida del hijo. Junto a los cuidados e información médico-biológica debería existir otra, eminentemente psicológica y encaminada a preparar y asistir a las madres y mujeres gestantes. Somos conscientes de que tales centros no van a crearse por la realización de este estudio; sin embargo los resultados psicológicos que presentamos nosotros ofrecen información acerca de la necesidad por incorporar profesionales de la psicología con el fin de ofrecer la asistencia adecuada. Y no clasificar, de entrada, a la mujer gestante como paciente” (Pelechano 1981, p. 140).

Las investigaciones presentadas y los resultados obtenidos, parecen indicar que estamos tratando con el penúltimo eslabón de la cadena que conforma la compleja transición de la maternidad y paternidad, en la cual intervienen variables biológicas↔psicológicas↔sociales que deben ser

contempladas en la práctica para aumentar la eficacia de los servicios prestados, y llevar a cabo los cambios que hagan falta, para implementar la necesaria multiprofesionalidad e interdisciplinaridad.

Debemos pues, considerar el parto como un momento importante de transición para la mujer y también para el hombre y de gran responsabilidad para los profesionales que intervienen ya sea directa o indirectamente. Asimismo, no podemos minusvalorar el efecto que puede tener la presencia del hombre como parte activa e implicada, tanto en la transición de la mujer, y también como, el padre que atestigua la “mudanza” de su hija o hijo de un hábitat a otro y que adviene con la transición de su nacimiento.

4.4. El Nacimiento

El cambio de la vida intrauterina a la vida extrauterina viene marcado por una serie de acontecimientos fisiológicos que deben, idealmente, conllevar a la presencia de signos vitales y características físicas específicas que deben seguir unos criterios de normalidad predeterminados. Nosotros, sin pretender un análisis exhaustivo, mencionamos de entre muchos: expansión pulmonar inicial, episodio de llanto, temperatura, respiraciones, presión arterial, frecuencia del pulso, circunferencia cefálica, peso, edad gestacional, aspecto general... (Gomilla, Cunningham, Eyal y Zenk 2002).

En cuanto a las características morfológicas al nacimiento, siguiendo a Martínez y Chaure (2009), las medidas medias corporales del recién nacido son:

Peso: el peso medio al nacimiento se considera 3.300 g. (intervalo 2.500-4.000g.)

Talla: la talla media de un recién nacido a término es de 50 cm. (intervalo 48-52cm). La talla al nacer debe ser, al igual que el peso, adecuada a la edad gestacional.

Perímetro cefálico: La medición de la circunferencia anteroposterior máxima del cráneo y su tamaño depende, en grande parte, del desarrollo del contenido craneal. El perímetro cefálico al nacer está en un intervalo de 32 -36 cm., estando la media en 34 cm.

Perímetro torácico: este perímetro no tiene interés más que para ciertas malformaciones torácicas, la media es de 33cm., (intervalo 31-35 cm.)

Las mismas autoras nos informan, que en las primeras horas de vida se dan periodos de reactividad “se producen numerosos cambios en todos los órganos y sistemas, que tienen como objeto la subsistencia y adaptación del recién nacido a la vida extrauterina. En este periodo transicional se observan tres fases distintas, que permiten valorar si la transición a la vida extrauterina se efectúa correctamente.

Primer período de reactividad, dura aproximadamente, alrededor de 30 min. El recién nacido muestra una extrema actividad, con los ojos abiertos y el reflejo de succión enérgico. El llanto es vigoroso, presenta una labilidad en la frecuencia cardiaca con predominio de la taquicardia (140-200 latidos/min.); también taquipnea (80 respiraciones/min.) con respiración irregular (+- aleteo nasal) y oscilaciones de la temperatura corporal.

Intervalo en reposo, después de este estado de alerta inicial, disminuye la respuesta y la actividad; aunque se le estimule no hay respuesta. Esta fase puede durar entre 1 y 4 horas, en las que la frecuencia cardiaca disminuye, manteniéndose relativamente constante, y también lo hace la

frecuencia respiratoria; no hay signos de dificultad respiratoria y elimina mucosidad. Se inicia el peristaltismo intestinal y, finalmente, se duerme.

Segundo periodo de reactividad, se inicia cuando el niño despierta de su sueño profundo y puede durar entre 2 y 5 horas. Caracterizado por las manifestaciones descritas en el primer periodo, pero menos marcadas: taquicardia, cambios de color, respuestas a estímulos exógenos, emisión de meconio, secreciones, vómitos, etc., (o.c. p 65).

Ahora bien, tal y como venimos defendiendo, el nacimiento es un acontecimiento indivisible e inseparable del parto, quizá por esto, la mayoría de las veces lo pasamos por alto.

El parto es el protagonista, se le teme, se discute sobre lo que hay o no hay que hacer en el momento que acontece y se suele dedicar tiempo para, como solemos decir, prepararlo. Sin embargo, en lo que al nacimiento respecta hablamos lo justo, preguntamos poco, consideramos que sabemos poco pero aún así, la mayoría de nosotros lo celebramos cada año.

El parto es parte del proceso que conforma la transición, que para la madre comenzó en el embarazo; y para el niño intrauterino, el nacimiento es la transición de la vida prenatal a la vida postnatal.

Como hemos estado comentando tanto el modo, como las circunstancias, y el momento (edad gestacional, peso, parto vaginal, cesárea electiva, hospital,...) en que se dé la transición de la vida intrauterina a la extrauterina, será siempre, de vital importancia ya que, su desenlace puede dejar marcada la tendencia que va a tomar el estado de salud y el potencial de desarrollo, del recién nacido.

En cuanto a las circunstancias del nacimiento, es de obligado cumplimiento dedicar un apartado para profundizar sobre algunas cuestiones

relacionadas con el nacimiento a través del parto por cesárea electiva. Para ello, nos disponemos ahora a poner de relieve, qué han dicho y dicen algunos de los expertos sobre el tema:

Aguilar y Galbes (1975), señalan por ejemplo que...” Esta intervención consiste en el corte de las cubiertas abdominales y de la misma matriz, con el objeto de extraer el feto, volviendo a suturarlas después.

Esta operación se practica desde muy antiguo, incluso en mujeres moribundas y aun muertas, con objeto de salvar la vida del niño y también muchas veces la de la madre. Para hacer un poco de historia diremos que ya se habla de ella en el Talmud, refiriéndose a la no purificación de las mujeres que no hubieran alumbrado por las vías naturales. También los egipcios la practicaban, y los griegos, en su fantástica mitología, hacen referencia a la misma. Así,

En la “lex regia”, promulgada por Numa Pompilio en el 710 antes de J.C., se ordenaba que toda mujer que falleciese estando al menos de siete meses, había de ser cesareada.

Ya en tiempos no tan lejanos y en “mujer viva” se practica una operación de cesárea en el siglo XIII por Pablo, obispo de Mérida, España.

Esta operación, igual que todas las demás de envergadura, producía gran número de muertes antes de la era aséptica, inaugurada por Pasteur y Lister en siglo pasado.

Con los avances de la asepsia y de la antisepsia, así como con los modernísimos avances de la cirugía en general y de la cesárea en particular, a lo que podemos agregar las sulfamidas y los antibióticos, esta operación ha venido a ser tan sencilla y de tan satisfactorios resultados como cualquier otra

operación corriente, practicándose ya sin ningún recelo tantas veces cuantas se crea que es necesario ejecutarla. Entre las causas que con más frecuencia la aconsejan, se hallan la estenosis o estrecheces de la pelvis ósea, que no permiten la salida de la cabeza normal, la cabeza desproporcionadamente grande, tumores que no la dejan avanzar, placenta previa, fístulas, fetos muy grandes, sufrimiento fetal, etc.” (o.c. p.370).

Nathanielsz (1995). Afirmaba que... “En general, el parto es un proceso natural y seguro, siempre y cuando haya una preparación correcta y la madre haya cuidado su salud durante el embarazo. En efecto, hay indicios de que el estrés que conlleva un parto vaginal es en realidad bueno para el neonato, que estará mejor preparado para la vida, que un bebé que haya nacido por cesárea. Esto último implica que se han saltado las etapas finales del proceso de preparación para la vida fuera del útero, ya que el bebé no experimentará los repetidos episodios de estimulación que suponen las contracciones (p.264).”

Montagu (2004), defendía que... “Los bebés nacidos por cesárea sufren ciertos inconvenientes desde el nacimiento. Para empezar, su tasa de mortalidad es dos a tres veces más elevada que en los nacidos vía vaginal. En los nacidos a término, la tasa (de mortalidad) es dos veces mayor en los nacidos por cesárea que en los nacidos vía vaginal. En cesáreas electivas, es decir, no debidas a urgencia, la tasa de mortalidad es un 2% más elevada que en los partos vaginales. ...

Los pediatras han advertido que los bebés nacidos por cesárea se caracterizan por una mayor somnolencia, reactividad disminuida y llanto menos frecuente que los nacidos por vía vaginal” (p. 81).

Odent (2004). Presentando dos trabajos llevados a cabo por un grupo de investigadores de Finlandia (Xu, Pekkanen, Hartikainen y Jarvelin 2000, 2001), alerta, por ejemplo, de que los nacidos por cesárea, son propensos a padecer

asma y alergias. "...Cuando intento interpretar estos datos, no puedo pasar por alto el hecho de que hay grandes cantidades de documentos que apuntan a la evidencia de que los problemas respiratorios en los recién nacidos son mayores en los bebés nacidos de cesáreas electivas que en los nacidos vaginalmente o de cesárea llevadas a cabo después de que el trabajo de parto haya empezado espontáneamente... Actualmente, lo que sabemos es que el feto parece participar en el inicio del trabajo de parto. Uno de los modos probables, es que da una señal segregando una sustancia al líquido amniótico que indica que sus pulmones están maduros. Es más, parece ser que las hormonas producidas tanto por la madre como por el bebé, a lo largo del proceso del parto, son las que pueden contribuir a la maduración final de los pulmones (Faxelius, Hagnevik, Lagercrantz, Lundell e Irestedt 1983). Es entonces fácil, entender que los bebés nacidos por cesárea electiva son más propensos a padecer dificultades respiratorias, no solo inmediatamente después del nacimiento, sino también más adelante en su vida (Hook, Kiwi, Amini, Fanoroff y Hack 1997).

De acuerdo con un estudio llevado a cabo en Noruega, (Eggesbo, Botten, Stigum et al. 2003), los niños nacidos por cesárea de madres alérgicas, son población de alto riesgo de ser alérgicos a huevos, pescado y frutos secos. En resumen los resultados de este grupo de estudios sugieren que la manera en la cual nacemos trae consecuencias para el resto de nuestras vidas.

En el contexto de la obstetricia actual, necesitamos respuestas urgentes a preguntas tales como "¿Cuáles son las consecuencias a largo plazo, de nacer por un parto inducido? o "¿Cuáles son a largo plazo, las consecuencias de nacer por una cesárea electiva?"

Parece ser que los investigadores, todavía, no se han percatado de que en la actualidad, una gran parte de la humanidad está naciendo por cesárea electiva; y la literatura médica, no puede, todavía, satisfacer la curiosidad de aquellos que piensan a largo plazo" (Odent 2004 pp.44-46).

Verdult (2009). Este autor, desde una perspectiva teórica nos hace un resumen de la cesárea como una forma de nacer que conlleva problemas de adaptación a los bebés, tales como llanto excesivo, dificultades del sueño y problemas en la alimentación. También cita a Chamberlain (1999) cuando refiere el hecho de que todavía existen científicos y diferentes profesionales de la salud que niegan que el bebé sienta dolor. Añade que “desde la mitad del siglo pasado el nacimiento en hospitales pasó a ser la norma, las ratios de nacimientos por cesárea aumentaron entre el 25 y el 65%. Irónicamente, ello ha conllevado que el nacimiento sea más doloroso para los bebés.

Los fetos y los bebés pueden reaccionar a las señales de su entorno y por ello pueden sufrir un trauma a causa de un exceso de “input” en su sistema. A través de los trabajos de pioneros como Verny (1981, 1992, 2002), Chamberlain (1988) y Emerson (1998) sabemos que los bebés pueden experimentar dolor emocional, ansiedad, ira, soledad, o tristeza durante y después del nacimiento. Nosotros sabemos que el nacimiento por cesárea es traumático para el bebé y acarrea consecuencias inmediatas y a corto y a largo plazo” (Verdult 2009 p. 30).

De vuelta al contexto del nacimiento por la vía “natural”, y considerando el gran cambio respecto a las condiciones ambientales de la vida intrauterina, las dificultades de la “travesía” del canal del parto, “asomarse al exterior” y, finalmente, salir y respirar por primera vez, quizá deberíamos pensar que el bebé, el pequeño ser, capaz de toda “esta faena”, la criaturita desvalida, se convierte en todo un héroe.

Por todo ello, y sin entrar en cómo debe ser el momento de parir↔nacer, pensamos que, por su trascendencia, merece una atención especial. De ahí que desde nuestro trabajo de apoyo y acompañamiento de hombres y mujeres en espera del nacimiento del hijo, y también en la clínica, constatamos que la reflexión sobre el planteamiento arriba desarrollado, muchas veces, sirve como

uno de los muchos recursos efectivos para disminuir los niveles altos de ansiedad que pueden acompañar y/o ser consecuencia del miedo al parto que desequilibra el bienestar de algunas mujeres y/o de las parejas.

No obstante, tanto la ansiedad como el miedo patológico, detectados durante el embarazo, hacen imprescindible una intervención psicológica, naturalmente especializada.

En nuestra experiencia profesional, en la vertiente de acompañamiento psicológico y social de la pareja durante el embarazo sano, trabajamos con las madres y padres tempranos, a través de las técnicas de reestructuración cognitiva, combinadas con sesiones de relajación, el concepto parto↔nacimiento, entre otros. Con gran porcentaje de éxito, la mayoría de las madres son capaces de tener presente el proceso de nacimiento del hijo, a lo largo de cada una de las etapas que conforman el trabajo de parto; y los padres suelen informar, que dicha intervención les sirven como herramienta de afrontamiento para controlar los temores, que en este sentido suelen presentar. Concretamente, encontramos que a partir del momento que la madre conoce algunos aspectos del funcionamiento fisiológico que se ponen en marcha para que se dé la participación activa de su hijo, como por ejemplo el hecho de que en cada uno de los períodos del parto, el bebé tiene que flexionarse, encajarse y, adaptar su cuerpo a los diferentes espacios y formas del “túnel de salida”... es decir, a través de la presentación de la información pertinente, adecuada a un nivel puramente divulgativo. Por ejemplo, que sepan que mientras el cuello del útero se acorta se va haciendo permeable y se van iniciando las contracciones, el bebé tiene que encajar su cabeza en el estrecho de la pelvis, aumentar su frecuencia cardiaca, (dicho incremento es mayor que la frecuencia de un adulto con “un ataque al corazón”), conseguir el tono muscular adecuado, además del esfuerzo que ha de hacer para descender el canal del parto... La mayoría de las veces, estas madres, pasan a unir su propio esfuerzo al de su hijo, y el solitario y temido parto, pasa a ser un trabajo de dos. Se trata pues de

que el uso de la técnica de reestructuración cognitiva, junto a las técnicas de relajación, permiten sustituir el temor absoluto, por una atención sostenida, entrenada, que mantiene, solo, los aspectos positivos del miedo “bueno”, a través del cual se da la alianza psicofisiológica, que antes mencionábamos (parto de la madre↔nacimiento del hijo).

Para hacer hincapié en la línea del fomento de la perspectiva del parto↔nacimiento como un “suceso” totalmente fisiológico y por lo tanto natural, Ashley Montagu en su libro: *“El tacto. La importancia de la piel en las relaciones humanas”* (2004), reflexiona sobre los designios de “la naturaleza” sobre el parto y el nacimiento, argumentando que durante el periodo de contracciones, los músculos uterinos de la madre estimulan el cuerpo de su hijo, a modo de un vigoroso masaje que le va preparando para el apretujado descenso del canal del parto, a la vez que le permitirá poner en marcha los sistemas básicos (respiratorio, circulatorio, digestivo y de evacuación) para el funcionamiento y adaptación, del bebé, a la vida postnatal a corto, medio y largo plazo.

Añade el autor que “el puente que el proceso de nacimiento tiende entre la vida prenatal y la postnatal forma parte del continuo del desarrollo individual. El inicio de este proceso del nacimiento se asocia con un descenso en la saturación de oxígeno de la placenta y de la circulación fetal, seguido por los primeros dolores del parto; es decir, el inicio de las contracciones uterinas a un ritmo de una por minuto y el “romper aguas”. Todo esto, y mucho más de lo insinuado con estas pobres palabras, significa que va a nacer un bebé, a lo que debería añadirse que va a nacer preparado para ajustarse eficazmente a la siguiente serie de sucesos en el continuo de su vida” (o.c. p. 77).

Concluimos este apartado invitando a una reflexión sobre el proceso de transición de los padres tempranos y del bebé no nacido. Las posibles consecuencias a corto, medio y largo plazo del nacimiento (inducido,

prematureo, talla pequeña, bajo peso, a término, vaginal, cesárea, fórceps,...) se forjan, en alguna medida, en el tipo de cuidado que seamos capaces de proporcionar (el psicológico, necesariamente, incluido) desde la concepción, a los padres potenciales, pasando por el apoyo psicológico, especializado, para los padres expectantes y el acompañamiento “psicoemocional” para los padres tempranos.

Según el modo de implementar dichos cuidados, proporcionaremos o no al bebé y a los niños, los beneficios esenciales para el bienestar biológico ↔ psicológico ↔ social.

4.5. La lactancia

En la actualidad es un hecho irrefutable que el alimento más indicado para el bebé humano es la leche materna. No obstante, en diferentes momentos de la historia se le ha considerado de diferentes formas:

- 1) Desde la perspectiva de “clases sociales” por ejemplo, amas de leche. En este sentido, las familias pudientes empleaban mujeres que estuviesen lactando, para que diesen de mamar a su hijo o hija.
- 2) Desde el mal entendido “tiempos modernos”, como muestra el botón del uso del biberón y la llamada leche maternizada, como sustitutos, preferenciales, de la lactancia materna y además, como protectores de la belleza y firmeza de los pechos, entre otros.
- 3) Desde la “mala prensa” del calostro, como causante de la aparición de la ictericia fisiológica del lactante o como causante del llanto del bebé que es incapaz de alimentarse.

Por otro lado, la lactancia materna aún en la actualidad, se debe hacer en privado; las madres que se atreven a dar el pecho en público suelen ser centro de miradas, y alguna que otra muestra de desaprobación hacia ellas.

Según Montagu (2004), en 1975 la agencia de noticias Associated Press, divulgaba un incidente ocurrido en Miami, donde tres madres que amamantaban a sus bebés en un parque fueron invitadas a abandonar el lugar por violar, con su conducta de dar el pecho, las ordenanzas de decencia de la ciudad. Añade, el autor, que una de las madres era también una de las líderes de “La liga de la leche de Florida.”

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su página web, informa que la nutrición, si es adecuada, beneficia al ser humano a lo largo de toda su vida desde la etapa prenatal hasta la edad adulta. De ahí que la nutrición, promueva la supervivencia, favorezca el crecimiento físico, permita el desarrollo mental y fomente la productividad, el desempeño y el equilibrio del bienestar a lo largo de toda la vida.

Dada la relevancia de la lactancia materna en la salud del bebé, en nuestra opinión habría que incluir también la de la madre la OMS y la UNICEF recomiendan para los primeros seis meses:

- Que el recién nacido sea puesto al pecho por primera vez dentro de la primera hora de vida *extrauterina (la cursiva es nuestra)*.
- Que se amamante al pecho exclusivamente (no acompañar con ningún tipo de alimento o bebidas, ni siquiera agua).
- Que la lactancia materna sea “a demanda” tanto por el día como por la noche.
- Excluir biberones, tetinas y chupetes, a lo que nosotros matizaríamos que al menos mientras el bebé esté en condiciones de alimentarse al pecho sin dificultad.

Tal y como comentamos al inicio de este apartado es innegable que la leche materna es el mejor alimento para el bebé. Pero resulta que dicho alimento se presenta y se hace necesario justo después del parto de la madre y el nacimiento del niño. Como hemos estado indicando, ambos protagonistas viven una gran transición y necesariamente tienen que adaptarse a las nuevas circunstancias. En el caso del bebé hay que combinar, respiración, pausas y succión, y en el de la mamá hacer una buena colocación en el pecho, mantener la calma, vencer el cansancio, acostumbrarse a la presión que ejerce el recién nacido sobre los pechos, acomodar el pequeño cuerpecito... Además ha de lidiar con las posibles molestias propias del expulsivo o de la cesárea, en su caso. Quizá tendrá que encajar los expertos comentarios de alguna visita impertinente, tal vez la falta de privacidad en la habitación del hospital, el llanto del bebé, afrontar con tranquilidad su falta de experiencia en la materia... Por lo tanto, “dar pecho” no es un asunto precisamente trivial.

En este sentido, **Lothrop (1999)** señala que “Los primeros días y las primeras semanas después del parto son un periodo de tensiones abundantes. Todo es nuevo, desacostumbrado, diferente. Tal vez experimentarás dificultades para disponer de un rato de tranquilidad: con eso basta para que se instaure la tensión nerviosa, que desequilibra el organismo y produce la retención de la leche. En cambio, cuando consigues desconectar, abrirte, entregarte la leche fluye con facilidad. ¡Es más fácil decirlo que hacerlo! Tal vez habrás descubierto tus propios métodos de relajación. Pero cuando nos hallamos demasiado estresadas, a veces se nos olvida lo más elemental... (p.55)”

Dewey (2001), apunta que el estrés agudo, físico o mental puede influir en el reflejo de eyección de la leche, ya que reduce la secreción de oxitocina durante la toma. Si ello ocurriese repetidas veces, podría reducir la producción de la leche por imposibilitar el vaciado completo del pecho en cada toma. Las consecuencias del estrés emocional crónico en la lactancia no se conocen.

Termina indicando que las madres que presentan niveles muy altos de estrés durante y después del parto, deberían recibir más guía y apoyo a la lactancia durante las dos primeras semanas del postparto.

Montagu (2004) por su parte afirma que... “Durante el proceso del parto, madre e hijo han pasado por un trance difícil. Con el nacimiento, cada uno requiere claramente la presencia tranquilizadora del otro. La tranquilidad para la madre es ver a su bebé, oír su primer llanto y sentir la cercanía de su cuerpo. Para el bebé consiste en sentir el contacto y el calor del cuerpo materno, el apoyo de sus brazos, las caricias, la estimulación cutánea que recibe y mamar del pecho, la bienvenida “al seno de la familia”. ...Aquí se trata de palabras, pero hacen referencia a unas condiciones psicofisiológicas muy reales... son importantes para mejorar las funciones respiratorias y la oxigenación de la sangre. ...Por tanto, la lactancia materna proporciona al recién-nacido varios beneficios relacionados entre sí: inmunológicos, neurales, psicológicos y orgánicos...”

A escasos minutos del nacimiento se completa el tercer estadio del parto: la placenta debe desprenderse y ser expulsada. El sangrado de los vasos desgarrados del útero iniciará la recuperación de su tamaño normal...

Al mamar del pecho, el bebé inicia importantes cambios en la madre...1) las fibras musculares uterinas se contraen sobre los vasos uterinos; 2) los vasos uterinos al mismo tiempo se ven sometidos a estrangulamiento al mismo tiempo; 3) el útero empieza a reducirse de tamaño; 4) la placenta se separa de la pared uterina, y 5) es expulsada por el útero que se contrae...” (o. c. pp.93-95).

Kosmala-Anderson y Wallace (2006): Comentan que uno de los factores que determina la duración de la lactancia materna es la situación laboral de las madres. Por ello, entrevistaron 46 funcionarias de 4 servicios públicos de Inglaterra, para conocer sus opiniones y experiencias. Por un lado, estaban las que se encontraban, indecisas si tomar o no el permiso de maternidad. Por otro,

las que tomaron el permiso por maternidad, y finalmente las que se encontraban en situación de reincorporación después del permiso. La mayoría de las madres tenían pensamiento de seguir amamantado al volver al trabajo. No obstante, no tenían ninguna información respecto a la política de apoyo a la lactancia en su lugar de trabajo, a pesar de que dos de los servicios sí que tenían programa de apoyo y lugar acondicionado para lactancia. Algunas de las madres informaban que lo peor del permiso por maternidad era el desinterés y la falta de información sobre la lactancia de los organismos en los cuales estaban empleadas. Las autoras concluyen que hace falta dar pautas de apoyo a la lactancia materna dirigidas a los empleadores.

Innocenti Declaration. En Florencia en 1990, se elabora y presenta la Declaración de lo Inocentes (Innocenti Declaration), cuyo objetivo principal es promover y divulgar los beneficios de la lactancia materna para el bebé, y también para la madre. La lactancia materna, reduce los riesgos y la severidad de enfermedades infecciosas, y en consecuencia la morbilidad y la mortalidad infantil; también disminuye los riesgos de padecer cáncer de mama y de ovarios.

Los beneficios para la salud de madre e hijo se incrementan con la duración de la práctica de la lactancia, y los bebés deben ser amamantados de forma exclusiva hasta los cuatro-seis meses. A partir de esta edad y hasta los dos años o más, la lactancia materna será el complemento perfecto para la promoción de la salud del niño.

Por lo tanto, la iniciativa insta a las autoridades Sanitarias a incluir en sus políticas y proyectos la promoción, investigación, apoyo, fomento y formación de los profesionales en lactancia materna, para garantizar esta variable de la salud de las madres y de los bebés.

La Declaración, además, llama la atención sobre el aspecto de ahorro de la lactancia materna, ya que su promoción y práctica, beneficia la economía familiar y la de los Estados, y también fomenta la satisfacción de las mujeres que la practican con éxito.

4.6. Algunas investigaciones sobre lactancia materna:

Palti, Mansbach, Pridan, Adler y Palti (1984): Trataron de establecer si existen diferencias en la cantidad de dificultades respiratorias, tos y diarrea en niños alimentados al pecho, frente a los que recibieron lactancia mixta y solo biberón. Los resultados apuntan que a las 20 semanas, existen diferencias significativas entre las incidencias de salud en los niños, ya que los que han sido amamantados no presentaron ningún problema en un 52%, o los tuvieron pero en bajísima proporción cuando se compara con los otros niños que tenían otro tipo de lactancia, ya que en estos casos solo el 15% de ellos no enfermaron. Estas autoras afirman que los que tuvieron más enfermedades eran además hijos de madres con bajo poder adquisitivo y nivel de estudios, lo que parece indicar que, las madres de mayor nivel educativo, y de clase pudiente, eligieron la lactancia materna para sus hijos. En consecuencia, concluyen que la lactancia también beneficia y protege la salud de los niños de familias de alto nivel económico y educativo, principalmente aquellos que reciben lactancia materna exclusiva y de larga duración.

Arora, McJunkin, Wehrer y Kuhn (2000), estudiaron cuales fueron los factores que influyeron en la toma de decisión de las madres participantes de dar biberón o pecho y en que momento se decidieron. Encontraron que la elección fue hecha antes del embarazo o durante el primer trimestre.

La iniciación de la lactancia materna se dio en un 44,03% de los casos, pero al cumplir los seis meses solo 13% de los bebés seguían recibiendo leche materna.

Los factores que han influido en la iniciación de biberón fueron: 1) la percepción que tenía la madre sobre la actitud del padre en cuanto a la lactancia; 2) la incertidumbre sobre la cantidad de leche producida y 3) la reincorporación al trabajo.

En cuanto a los motivos para dar el pecho influyeron: 1) el beneficio para la salud del niño; 2) por ser lo más natural y 3) por razones de afectividad y cercanía. La opinión de las mujeres sobre qué podría fomentar la lactancia materna en lugar del biberón indicaban tres posibilidades: 1) recibir información en las clases de prenatal; 2) más información a través de la televisión, revistas y libros, 3) apoyo familiar.

Para salvar los obstáculos para la lactancia materna, y conseguir que por lo menos el 75% de los bebés sean alimentados al pecho al menos durante seis meses, los autores sugieren que la información sea dada, por sanitarios, a ambos miembros de la pareja e idealmente y si es posible a los abuelos, preferentemente antes del embarazo o, en su defecto, dentro de los tres primeros meses del embarazo, utilizando también los medios de comunicación.

Tavera, Capra, Braveman, Jensvold, Escobar y Lieu (2003), encontraron en su muestra que el 87% de los bebés iniciaron lactancia materna, que en la segunda semana el porcentaje bajó al 75% y que solo el 55% seguía siendo amamantado en la semana doce. Este trabajo identificó como factores de riesgo de interrupción, en la segunda semana, la falta de confianza de la madre en su habilidad de amamantar, dificultades con la lactancia en los primeros días, pertenencia étnica y bajo nivel de educación maternal.

En la semana doce la interrupción se daba por factores demográficos, madres con síntomas depresivos y por la reincorporación al trabajo o estudios.

Las conclusiones son las siguientes: el apoyo a la mujer por parte de los clínicos y el cuidado de los aspectos emocionales son fundamentales para alargar la duración de la lactancia. En relación con la interrupción por la vuelta a los estudios o trabajo, se exigen políticas que hagan flexibles los horarios y además promuevan entornos que posibilite la privacidad necesaria para las mujeres que están amamantando.

de la Cueva Barrao (2006): Defiende en su artículo la necesidad de divulgar los beneficios de la lactancia materna en situaciones especiales y apoyar su práctica. Afirma que al ser el pecho materno el mejor proveedor de bienestar para el bebé sano, lo será mucho más en situaciones tales como:

Prematuridad: la leche materna aporta al prematuro protección contra las infecciones, a través de los factores inmunes y factores como el EFG (epidermal growth factor) que previenen la enterocolitis necrotizante y la hemorragia cerebral, principales causas de muerte en estos bebés. Apunta, además, que está científicamente probado que la lactancia materna no es más agotadora que la utilización del biberón y que amortigua el estrés.

Gemelos y trillizos: las madres de estos niños producen suficiente leche para suplir sus necesidades nutricionales. Es fundamental una información adecuada en el embarazo y apoyo en el posparto. Si los gemelos son prematuros es conveniente utilizar el saca-leche para mantener la producción hasta que los bebés puedan succionar con eficacia total.

Síndrome de Down: estos niños son propensos a presentar patologías asociadas y será muy importante la prevención de infecciones. La lactancia materna puede ser una herramienta de ayuda para la aceptación del bebé. La hipotonía muscular junto a la macroglosia, hacen más difícil la adquisición de mecanismos de succión adecuados, por ello, es necesario que las tomas sean más frecuentes y más largas que en otros bebés.

Cardiopatías congénitas: la mayoría de los bebés con problemas cardíacos pueden mamar sin dificultad. Se ha observado que existe menos estrés cardiorrespiratorio con la alimentación al pecho y mejores saturaciones de oxígeno que mediante alimentación con biberón. La leche materna es baja en sodio y fácilmente digerible, y en caso de aspiración bronquial menos dañina. No obstante, la madre debe estar informada de los síntomas que presentará su bebé si tiene insuficiencia cardíaca en relación con la alimentación (disnea, cianosis, taquipnea, cansancio...). A veces, puede ayudar que las tomas sean cortas y frecuentes. En casos severos, ayudará aportar leche extraída como suplemento (bebés con alto gasto cardíaco).

Labio leporino o fisura palatina: es esencial comprobar, la extensión del problema de cada bebé, para afianzar que pueda sellar, succionar, además de ejercer la presión adecuada para alimentarse al pecho. En los casos más severos, con fisura palatina grande, si no logra la succión correcta hasta la intervención quirúrgica se puede ayudar con prótesis blanda o administrar la leche materna por sonda. Para estos niños la lactancia materna reduce la aparición de otitis media recurrente. Después de la cirugía es aconsejable la puesta al pecho precoz, pues no se han observado riesgos pero si una ganancia de peso superior a la conseguida con la utilización de cuchara.

Niños con alteraciones neurológicas y/o hipotonía: en estos casos, la dificultad se encuentra en la succión (hipotonía, incoordinación motora, imposibilidad de sostener la cabeza, la postura corporal). Se puede ayudar cambiando la postura del bebé, con almohadas, y presionando el pecho con los dedos para disminuir la intensidad del flujo y así evitar que se atragante. Si no es posible la puesta al pecho la leche materna se administrará por sonda.

Enfermedades maternas que no contraindican la lactancia: la lista que nos ofrece la obstetra y ginecóloga autora de este artículo incluye: diarrea, varicela, hipertiroidismo, epilepsia, depresión, prolactinoma, ingreso hospitalario, colitis ulcerosa, infecciones (excepto el SIDA)... Esta autora recomienda como la forma más cómoda, actualizada y accesible, para conocer la compatibilidad de un fármaco con la lactancia materna, la página Web del hospital amigo de los niños del Hospital Marina Alta de Denia.

Otras situaciones especiales de la lactancia

Cesárea: no hay evidencia de que esta operación quirúrgica tenga efecto negativo sobre el establecimiento de la lactancia. La dificultad del inicio de la lactancia en esta circunstancia viene dada por la separación madre hijo durante muchas horas, administración de sueros, biberones y chupetes para entretener el bebé. “Es especialmente importante en las mujeres que han sufrido una cesárea, un apoyo adecuado en el inicio de la lactancia ya que se encuentran en un momento de estrés psicológico, y el lograr una lactancia satisfactoria puede ayudarles a recuperarse de la herida emocional. Si la madre logra sentirse cómoda haciendo las tomas tumbada se cansará menos y favorecerá su recuperación, con el bebé en la cama junto a ella”.

Relactación: una vez se haya interrumpido la lactancia materna total o parcialmente, e incluso si se han utilizado fármacos para suprimirla, es posible re- instaurar, después de un tiempo, la lactancia materna exclusiva. Se empieza con el contacto piel con piel con el bebé por períodos más bien largos, acompañando dicho contacto con acceso ilimitado y frecuente al pecho (a demanda). También se debe suplementar con leche artificial e ir disminuyendo gradualmente estas tomas hasta que el bebé se alimente sólo, o más al pecho. Un apoyo profesional, o de otra madre que haya conseguido la relactación con éxito, es fundamental.

Lactancia inducida-adopción: en casos de adopción, se puede amamantar con éxito y cada vez más mujeres optan por esta satisfactoria experiencia, que permite establecer un verdadero vínculo biológico y hormonal, y sentir aún más al hijo como “propio”. La técnica es la misma que la de la relactación, pero se puede ayudar al inicio de forma optativa con sustancias conocidas como galactogogos (que inducen la producción de leche), como algunos fármacos: sulpiride, metoclopramida, domperidona.

Lactancia prolongada, en tándem y durante el embarazo: si la madre está sana y se alimenta bien, la lactancia durante el embarazo no perjudica al feto. Las contracciones del útero provocadas por la oxitocina durante la lactancia, no son peligrosas para el feto y no aumentan el riesgo de parto prematuro. En la leche materna se encuentran, en poca cantidad, las hormonas que mantienen el embarazo, y no perjudican al bebé que lacta.

Las razones médicas para considerar el destete durante el embarazo incluyen: hemorragia del útero en casos de amenaza de aborto,

placenta previa sangrante, y desprendimiento de placenta. Antecedentes de partos prematuros o amenaza de parto actual y una continua pérdida de peso de la madre durante el embarazo o un retraso severo en el crecimiento fetal”

Cirugía mamaria: no dificulta la lactancia si no se han seccionado los conductos galactóforos (como suele ocurrir en las intervenciones de estética). En caso de mastectomía parcial o total se puede amantar con el pecho sano. En resecciones parciales puede cambiar la composición y el sabor de la leche. En cualquier caso, si la madre está motivada para amamantar, se puede iniciar la lactancia y controlar el crecimiento del bebé y los síntomas mamarios. Si una zona de la mama produce leche y no tiene salida al exterior, en uno o dos días se frena la producción de ese segmento y continuará en aquellas zonas que se vacíen regularmente.

Contraindicaciones de la lactancia: la autora delimita tres circunstancias a saber: galactosemia (no la intolerancia secundaria a la lactosa por diarrea), SIDA materno, herpes simple materno (no el herpes zoster). Evitar el lado afecto en el primer mes en un herpes simple del pezón (si el bebé se contagia puede tener una infección generalizada y potencialmente mortal).

Finalmente, **Lee (2004)** analizó los factores que influyen en la decisión de amamantar en primíparas y la intención de dar el pecho o no, a través de las siguientes variables: la personal, social, cultural, local, el nivel de conocimientos sobre lactancia y el entorno. Los resultados indicaron que los factores comunes que influyen de forma poco importante son: los personales, culturales, sociales y los del entorno. La decisión de dar el pecho o no están influenciados, de forma

importante, por el apoyo del padre, los conocimientos sobre lactancia que tiene la madre así como su actitud frente a ello.

Concluimos que facilitar que el bebé empiece su adaptación a la vida postnatal alimentándose con la leche de su madre al menos durante seis meses, es darle el mejor regalo de bienvenida a esta nueva etapa de su vida.

Capítulo 5

Reflexiones sobre la salud, la perspectiva y prospectiva de la maternidad y paternidad temprana.

5.1. Reflexiones sobre salud y enfermedad.

Si existe una polaridad total, al menos a nivel teórico, ésta puede estar literalmente representada en los términos salud y enfermedad. Sentirse de una forma o de otra, no es sólo un asunto subjetivo y por lo tanto personal e intransferible, sino que afecta al entorno inmediato, tanto en el ámbito privado como en el público. Todo ello incluye cuestiones socio-familiares, laborales, escolares; además de aspectos formales como la economía, y las políticas normativas de salud pública.

Como todos sabemos la Organización Mundial de la Salud, OMS, a finales de los años 40 del siglo pasado hizo público un concepto de salud que aún hoy en día es interpretable y a veces polémico. Nos referimos a la consabida definición: **“La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”**.

El médico especialista en medicina familiar y comunitaria, Arocha Hernández y el abogado y asesor jurídico de atención primaria de Las Palmas, Santana González, en 1996 destacaron lo atrevido de dicha definición, puesto que en los años cuarenta el crédito de los aspectos sociales, (y nosotros añadiríamos los psicológicos), brillaba por su ausencia. Los autores arriba mencionados sugirieron que "... existiendo un pensamiento científico-médico biologicista, derivado de los grandes avances en el descubrimiento de los agentes patógenos y su relación con determinadas enfermedades durante el siglo XIX; de ello resultó el consiguiente espejismo de aproximación (*de la*) ciencia médica a las ciencias matemáticas y físicas, que también avanzaban a gran velocidad (*en aquel momento*).

Es en este marco, que prácticamente se ha perpetuado y acrecentado durante este siglo, debido a los grandes avances de la ciencia biomédica, el binomio salud-enfermedad responde a un determinado estado del cuerpo del individuo en relación con un medio en el que, según la suerte de cada cual, podría ponerse en contacto con agentes o noxas patógenas que determinarían su enfermedad.

El ser humano se transforma en una máquina cuyas partes pueden afectarse de forma aislada y, por ello, ser curadas del mismo modo. Los profesionales, en esta forma de ver las cosas, son unos técnicos del cuerpo humano cuyo objetivo es descubrir los mecanismos causales, prestando gran atención a los resultados de complejos tests diagnósticos y terapéuticos. El objetivo de la ciencia no es tanto conocer la naturaleza sino controlarla, predecirla y dominarla.

Esta concepción del ser humano y del cuerpo, respondía a la filosofía cartesiana de la época, determinando, de alguna forma, un modelo imperante que ha condicionado, y continúa condicionando, la formación de los profesionales sanitarios que siguen viendo, desde las facultades y escuelas de

salud, al ser humano como un cuerpo fraccionado que se estudia por partes y donde los elementos sociales, los sentimientos, las emociones y las propias percepciones de los individuos son obviadas, en aras de todo un núcleo de conocimientos de **ciencia dura** que, además, con sus métodos refuerza esta hipótesis", (Arocha y Santana 1996, pp22 - 24).

Dentro de estas perspectivas, defienden los autores, surgió, bajo el paraguas de la estadística, la epidemiología y también de la demografía, una forma de trabajar sobre las causas de diferentes enfermedades que facilitó la aparición del concepto de factores de riesgo, tal y como conocemos en la actualidad. Asimismo, defienden que hay algunos elementos que invitan a la reflexión sobre el enfoque del *riesgo*, ya que éste contribuye a que se desplace de forma importante esa línea divisoria imaginaria, que ellos antes definían como el binomio salud-enfermedad, hacia el lado de la enfermedad.

Podríamos plantear la hipótesis de que quizás pueda ser ésta una de las causas por la cual se enfatice menos el concepto positivo de salud como bienestar, frente al concepto negativo de enfermedad y malestar, al que solemos dar más difusión.

Puestos a ello, también nos parece plausible recordar que el ser humano se desenvuelve en su medio como un todo, como una unidad indivisible, tanto en la salud como en la enfermedad. Por lo que podríamos beneficiar la salud de este ser indivisible (biológico ↔ psicológico ↔ social) de forma eficaz e integral, si la abordásemos desde la multiprofesionalidad y la interdisciplinariedad.

Ello podría darse siempre y cuando, como sanitarios, fuésemos capaces de vislumbrar la salud desde una perspectiva positiva. De este modo, quizá, nos ocuparíamos de la investigación y la promoción de factores protectores, y con

todo ello nos beneficiaríamos, como sociedad, de la aplicación de los conocimientos obtenidos.

5.2. Apuntes sobre salud infantil.

Para tratar de mejorar la salud de los niños y los adolescentes en la región europea, la Organización Mundial de la Salud ha nombrado la “Meta 3”, como “Comienzo saludable de la vida”. Dicha meta está enmarcada en la estrategia de “Salud para todos en el siglo XXI”. Se trata pues de reducir la mortalidad infantil en los países europeos, ya que los accidentes, la violencia y los nacimientos de niños con bajo peso son todavía elevados.

Los objetivos son alcanzar una proporción de 20/1000 en las tasas de mortalidad infantil en los nacidos vivos en todos los países; en el caso que existan tasas más bajas, entonces se debe llegar como mínimo al 10/1000, para el año 2020.

Las estrategias concretas que los países miembros deben desarrollar, para conseguir los objetivos mencionados, son reducir la proporción de niños nacidos con menos de 2.500g al menos en un 20%, incrementar la proporción de recién nacidos vivos libres de enfermedades o discapacidades congénitas, implementar programas para la planificación familiar, consejo genético, educación para la salud para padres y madres, en las cuales se les proporcionará guías para eliminar los hábitos tabáquicos, mejorar la nutrición, proporcionar consejo psicológico, orientación en el embarazo y parto, así como para las primeras etapas de la vida infantil, (Ruiz 2009).

Nosotros defendemos que la salud del niño es consecuencia directa de la salud del bebé no nacido, de las condiciones de su concepción, de su vida

prenatal, de su nacimiento y de las circunstancias que le acompañen, y naturalmente de la adaptación posterior.

En consecuencia, entendemos, que la salud infantil puede empezar antes de la concepción, se va fraguando en la vida prenatal, y se define a través de las etapas sucesivas del desarrollo de la vida postnatal.

Dentro de este contexto, los cimientos de la salud, en las diferentes etapas de nuestro desarrollo, parece que dependen del cuidado y calidad de vida de las madres y padres potenciales que nos toque. Al fin y al cabo, es desde la salud de estos adultos de donde saldrán las células femeninas y masculinas que repartirán las “distintas rutas” que conducirán, o no, a la salud de los descendientes venideros.

Una vez que la decisión de procrear se ha tomado, los padres expectantes, a la espera de que se dé el embarazo, se beneficiarían a sí mismos (y al futuro hijo), si conocieran la importancia, alcance e influencia de su bienestar físico, psicológico, emocional y social para la consecución del objetivo buscado (el embarazo).

Finalmente, a partir del momento en el cual el embarazo es confirmado, los padres asumen la maternidad y la paternidad de forma temprana, y desde ese instante pasan a ser el “entorno ecológico” del nonato, al cual deberíamos, por supuesto, seguir proporcionando los cuidados biomédicos, pero añadiendo a éstos la atención psicológica y social para el cuidado, protección y defensa de su salud.

En este sentido, acudimos a Northrup (1999), quien cita el estudio de Mehl que trabajó con una muestra de 64 mujeres en las cuales se detectaron factores como el miedo, la ansiedad y el estrés, la falta de apoyo de la pareja, la no identificación con el papel de madre, las creencias negativas acerca del parto

y la falta de apoyo efectivo de una red social de amigos y familiares como variables de pronóstico de complicaciones en el parto (desde la cesárea de urgencia hasta un aumento del uso de la oxitocina o la inducción al parto).

Reflexionar sobre el embarazo como un proceso, que abarca, también, la vida prenatal, el parto y nacimiento, que concierne tanto a la mujer como al ser que lleva en su interior, nos ayudaría a no volcar toda la atención en cuestiones únicas de la mujer como por ejemplo mantener y/o disminuir la gran preocupación por el miedo a los dolores del parto, sino tratar también y sobre todo, el bienestar del bebé no nacido y por ende la salud infantil. En este sentido, a lo largo de este trabajo hemos estado aportando datos que parecen indicar que desde el contexto de la maternidad y la paternidad temprana, podemos fomentar, a nivel de la población general, la importancia e influencia de la vida prenatal, en las diferentes facetas de la vida.

Todo ello puede ser entendido como una invitación a un cambio desde el cual y entre muchos otros, podríamos, quizás, emplearnos en sensibilizar a los adultos involucrados en los procesos de procreación, tanto directa como indirectamente (profesionales, padres, familiares, amistades...) de los beneficios que proporciona por ejemplo:

- Adquirir las herramientas de afrontamiento al estrés, como sinónimo de mejora del estilo de vida.
- Tener presente las habilidades necesarias para una posible mejora de los niveles de satisfacción de la vida en pareja. Eso supone dar a los bebés nacidos o no, un buen pronóstico para su bienestar tanto físico, psicológico como social, a corto, medio y largo plazo (Moore, Jekielec y Emig 2002).

- Instaurar, mantener o mejorar los lazos o vínculos afectivos propios, para poder tener una mejor percepción de uno mismo y dar así la oportunidad al niño de saberse querido, de poder quererse y de desarrollar su seguridad personal.

- Entender los niveles altos de ansiedad como una fuente de desequilibrio químico interno perjudicial; del cual es menester desintoxicarse. Así, se conseguiría entre otros factores protectores, mejorar la efectividad del sistema inmunológico, del aparato locomotor, del uso eficaz de las capacidades cognitivas, y la mejora de las funciones de alimentación, tránsito intestinal y descanso.

Tal vez de esta manera, la pareja tendría el apoyo necesario para aumentar su bienestar en esta época de transición. Sin entender todo ello como la panacea, podríamos complementar la compleja tarea de prevención primaria que hoy se dispensa a la mujer embarazada quien, sin duda junto a su pareja, son los depositarios de la salud del hijo desde antes de su vida prenatal.

Además estaremos utilizando el “empoderamiento” como una herramienta eficaz y de larga duración en el tiempo. Este termino, según el Departamento “Reducir los riesgos del embarazo”, MPS, (Making Pregnancy Safer) de la Organización Mundial de la Salud, es un proceso mediante el cual las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades asumen el control de la salud materna y neonatal por un lado, y por otro se hacen cargo de los problemas potenciales relacionados. Les permite, tanto como individuos como colectivo, fomentar la salud de la madre y del recién nacido. Se trata de apoyar el papel activo de las mujeres, hombres, familias y comunidades más allá de las medidas que los limitan a ser receptores pasivos de los mensajes y la atención. Promueve el auto cuidado que no es otra cosa que el fomento y/o mejora de diversas capacidades, incluidas las cognitivas, necesarias para llevar una vida sana, tomar decisiones saludables a la hora de buscar atención y/o cuidado. La

MPS nos informa que la promoción de la salud, según se declara en la Carta de Ottawa (1986), es un proceso para capacitar a los individuos y los grupos para ejercer un mayor control de su salud y calidad de vida desde un concepto positivo que hace hincapié en los recursos personales y sociales, así como a las capacidades físicas. Este objetivo requiere un cambio de los paradigmas terapéuticos y preventivos, basados en la enfermedad y los problemas de salud, hacia un paradigma socioecológico que aborde las inquietudes, la justicia social y las normas sociales, como condiciones para mejorar la salud, (Santarelli 2002).

5.3. Pasado, presente y futuro de la transición a la maternidad y paternidad.

En el pasado la maternidad y la paternidad empezaban con el nacimiento del hijo. Antes de ello, la mujer, con la noticia de su “*preñez*”, se reafirmaba en su papel de procreadora y ponía su instinto maternal a buen uso. Se encargaba de todo lo relativo a la parte biológica del proceso: “llevar el embarazo”, prepararse o no para el parto, los cuidados del recién-nacido y la lactancia que, por razones obvias, también le atañe ya que “naturalmente”, son cosas de mujeres.

El hombre era el responsable, siempre, de traer la comida y garantizar el techo. Su deber era el de hacerse cargo del sustento de la familia, permitiendo así a su mujer, “la libertad necesaria” para ser ama de casa y madre. Con el embarazo de su mujer era socialmente recompensado por su virilidad y debía esperar que llegase el momento de pasearse por el pasillo del hospital, de arriba abajo, hasta que una enfermera le comunicara que ya era padre de un niño o de una niña. Su obligación entonces, era comprar los puros para repartir entre los miembros de su mismo sexo que compartieran su entorno, y recibir las felicitaciones. Esto se podría resumir en que “la función del padre consistía

sobre todo en depositar algo de esperma y, después, pagar el colegio. A menos que tuviese una hija, claro, en cuyo caso tenía que pagar también la boda.” (Richard Kleiner, en Shapiro 1990, p 15).

El bebé no nacido, tercer miembro involucrado en esta etapa de cambio, apenas era tomado en cuenta desde otra perspectiva que no fuese la puramente médica, puesto que se le veía como un proyecto en elaboración, que se haría realidad en el momento en que el protocolo hospitalario le proporcionara la categoría de neonato, al propinarle la famosa “palmadita” en las nalgas.

Con ello, nos podemos dar cuenta de que las actitudes del momento y por supuesto, los cambios culturales y sociales de una época, influyen en nuestra visión del todo, en nuestro caso, en la vida prenatal, la maternidad y la paternidad.

Cada vez más, el bebé no nacido se va abriendo camino y se va dando a conocer, y en la actualidad cuenta con organizaciones profesionales o no, que le presta servicios de divulgación, promoción y defensa.

Dichas organizaciones han sido fruto de grandes esfuerzos de los individuos (entre otros, David Chamberlain, Thomas Verny, Marie André-Bertin, Hans Graber y Fedor-Freybergh) que han trabajado incluso en contra de las fuerzas académicas durante su época de fundación. A modo de ejemplo podemos citar la Asociación para la psicología y salud pre y perinatal (Association for Pre- and Perinatal Psychology and Health, (APPPAH); la Organización mundial de asociaciones de educación prenatal (OMAEP) y la Sociedad internacional de psicología y medicina prenatal y perinatal, (International Society of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine (ISPPM)).

En el sexto congreso celebrado en Rusia, 2007 (6TH All- Russia Congress, 2007), la ISPPM presentó “El Manifiesto Moscú de Psicología y Medicina Prenatal y Perinatal”, que por su relación con nuestro trabajo pasamos a transcribir:

1. El bebé no nacido, es una persona que está desarrollando emociones propias, percepciones y también su memoria funcional. Aunque su vida individual comienza con la concepción, las precondiciones están dispuestas desde mucho antes.
2. Las condiciones de la vida prenatal fortalecen o debilitan las habilidades y capacidades genéticamente heredadas. El desarrollo y el aprendizaje humano, dependen de la interacción dinámica entre factores genéticos (legado biológico materno y paterno) y ambientales (aspectos nutricionales, emocionales, físicos y estimulares, entre otros).
3. La aflicción y la angustia (estrés y ansiedad) en la madre embarazada pueden traer consecuencias para el futuro de niño y también para el del adulto, que pueden llevar a la depresión, al autismo, trastornos del desarrollo de carácter mental y motor, hiperactividad, sintomatología psicosomática y predisposición a la agresión y violencia.
4. Las etapas del desarrollo pre y perinatal, así como el postparto temprano, determinan en gran medida, nuestro contexto biológico y psicológico. Las experiencias prenatales influyen en la sofisticada arquitectura del cerebro. También son de importancia básica para la formación de la personalidad del individuo, la dinámica de la familia e incluso el clima emocional de la sociedad.

5. La familia y la sociedad, también tienen un rol importante a la hora de proporcionar condiciones beneficiosas para el desarrollo del ser humano desde la concepción y en adelante. Una relación de seguridad con los cuidadores primarios, preferiblemente los padres, son condiciones previas para el bienestar emocional y las habilidades cognitivas y por lo tanto básicas para la salud futura.

6. Sin los conocimientos adquiridos, a través de la investigación en la fisiología, nutrición y psicología de las etapas pre y perinatal, los distintos campos del saber estarán incompletos, sobre todo la psicología, la psiquiatría, la obstetricia, las matronas, los anestesiólogos... la medicina preventiva, la sociología y la "psicología cultural". Por lo tanto, la investigación científica que integre todos estos aspectos es esencial para el bienestar de la sociedad.

7. Profesionales tales como matronas, "doulas", médicos, trabajadores sociales, maestros, red de guarderías, necesitan formación en educación prenatal y perinatal; abuelas y niñeras también se beneficiarían de dichos conocimientos. Los futuros padres deben tener acceso a cuidados (médicos, nutrición y psicoterapéuticos) en la preconcepción, embarazo y etapa perinatal; además se debe incluir, la adquisición de los conocimientos para una parentalidad competente. Las parejas que vivan conflictos durante el embarazo, necesitarán consejo y apoyo, principalmente la madre.

8. Las consecuencias de la vida pre y perinatal de las personas, afectarán su manera de ser padre y madre. Por ello tanto la sociedad como la familia, deberían conocer dichas consecuencias. Comprender la influencia que sobre el niño tiene el estilo de vida de los futuros padres debería ser una parte esencial de los conocimientos básicos necesarios. Los niños tienen que conocer, desde tempranas edades, las

pautas básicas de salud, dieta saludable, hábitos de consumo de bebidas alcohólicas y además deben experimentar y aprender sobre la importancia de ser acunado y validado como persona. Todos debemos saber la importancia de ser querido y deseado, desde muy pequeños.

9. A lo largo del ciclo vital, la salud de cada persona, se ve afectada por las condiciones de su vida y por consiguiente, la salud de sus futuros hijos. En los meses previos a la fertilización, la salud (también el estado de nutrición), tanto del hombre como de la mujer (además de las toxinas y las enfermedades a menudo ocultas), tiene consecuencias en todo el ciclo vital del hijo en camino, y en algunos casos afectará también a sus descendientes, es decir; las futuras generaciones.
10. Las etapas preconcepcional, prenatal, el nacimiento y el periodo postnatal temprano, ofrecen una posibilidad única e inmejorable para la prevención primaria de trastornos somáticos, psicológicos y sociales así como la mejora de la condición humana en la sociedad. Tanto la tecnología como el cambio climático, están afectando grandemente el mar, el suelo y la atmósfera y es sólo salvaguardándolos como podremos salvaguardar la nutrición, salud y cordura de los seres humanos.

Manifiesto de Moscú de mayo del 2007.

A partir de lo expuesto, volvemos sobre nuestros pasos para recordar que debemos reconocer al bebé no nacido como una “personita” capaz de responder a estímulos, de influir y ser directa o indirectamente influido por su entorno prenatal. Desde este punto de vista, sólo nos queda el recurso de asumir nuestra responsabilidad, y como sociedad primero, y luego como profesionales, dotar al nonato de cuidados que integre los aspectos biológicos ↔ psicológicos ↔ sociales.

Naturalmente, pensamos que las investigaciones multi e interdisciplinarias deben seguir buscando evidencias que acepten o rechacen las diversas hipótesis que hemos venido presentando a lo largo de este trabajo, a través de los diferentes resultados comentados.

No es necesario, y tampoco pedimos que se cambien radicalmente los cuidados preventivos que directa o indirectamente prestamos al nonato, sino más bien que vayamos incrementándolos acorde con las evidencias científicas que sea coherente asumir.

Hemos aprendido de la historia que las defensas cerradas y a ultranza de hallazgos científicos y/o sociales, no siempre nos han reportado beneficios duraderos; por lo tanto, no pregonamos la panacea, sino que planteamos la maternidad y paternidad temprana como una forma de cuidado preventivo.

Dicha prevención es primaria y por ello, no solo se beneficiaran de su promoción los padres y sus bebés antes y después de nacer, sino también las generaciones venideras. Potencialmente, todos gozaremos en un futuro, que esperamos que sea cercano, de mejor salud en nuestra infancia, adultez y quizá incluso en la vejez, "sólo" por que tendremos una mejor adaptación al embarazo.

Todo ello podría hacerse todavía más importante, si consideráramos que en el día a día de una pareja durante el embarazo se dan períodos tanto de ajuste óptimo como de crisis; es como si se tratara de un "crisol en el cual se temple el propio ser", pero en el cual existe la posibilidad de que el proceso de templado falle (Shainess citado en Reeder, Martin y Koniak 1995).

ESTUDIO EMPÍRICO

Capítulo 6.

6.1. Planteamiento del Problema

A lo largo de este trabajo, hemos intentado presentar los diferentes elementos que conforman el proceso del embarazo así como la influencia que suele ejercer en los individuos en ello involucrados. Sabemos que esta etapa del desarrollo vital va acompañada de un impacto psicológico de mayor o menor grado, que puede alterar la vida de pareja, también puede influir en la evolución del parto y además, afectar al niño antes, durante y después del nacimiento.

Una vez analizados los trabajos más relevantes sobre el tema, nos proponemos ahora plantear una línea de investigación-acción, a nivel exploratorio, y por lo tanto descriptivo, que contemple la espera de un bebé desde un modelo que integre las vertientes biológica↔psicológica↔social del embarazo y la vida prenatal. Desde esta perspectiva y en un principio de forma preventiva, directa o indirectamente, prestaremos atención a los tres protagonistas del suceso: padre, madre y bebé.

Es a través de dicha perspectiva como miramos hacia un futuro, que esperamos esté cercano y en el cual los diferentes campos del saber aúnen esfuerzos para que dispongamos de recursos para la promoción de la salud desde la prevención tanto primaria como secundaria y terciaria, y que cuente con un protocolo de actuación que incluya también los aspectos psicológicos y emocionales, llevados a cabo por especialistas.

Todo ello con el propósito de que el trabajo preventivo y de promoción de la salud sobre el nacimiento como proceso que abarca embarazo↔vida prenatal↔parto↔nacimiento↔posparto↔adaptación al nuevo medio↔crianza, sea integral, efectivo y además, permita un rápido y fácil acceso al servicio.

Actualmente, sabemos que, en mayor o menor medida, las interacciones existentes entre los aspectos psicológicos de la mujer durante el embarazo, su evolución, y por ende el desarrollo y/o la salud fetal, no solo aportan elementos de cara a un pronóstico sino que además son determinantes para la intervención clínica (Dorn, Susman y Petersen, 1993). También se debe tener en cuenta la posible influencia de dichas interacciones en el trabajo del parto como tal, tanto a lo largo de la fase de dilatación como en la eficacia y confianza de la mujer a lo largo del expulsivo. En este contexto, otro aspecto a destacar, es el hecho de que la interpretación subjetiva del trabajo del parto que pueda tener la madre (Caplan, 1957 citado en Salvatierra, 1989), al fin y al cabo un aspecto psicológico más, también es un posible factor implicado tanto en la recuperación durante el posparto como en la adaptación a la nueva situación, y sobre todo en la capacidad, eficacia y duración del periodo de amamantamiento.

Sin llegar a defender un determinismo en esta etapa (quizá por los años en la labor como psicoterapeuta), nosotros realzamos el peso específico de la vida prenatal, y nos implicamos, desde hace más de una década, en la divulgación de las capacidades del bebé no nacido, así como en el acompañamiento psicológico y emocional de las parejas durante la espera del nacimiento del hijo.

Finalmente debemos considerar los profundos cambios a los que estamos asistiendo en nuestra sociedad y que nos ponen delante a un hombre que va cuestionando, reclamando y/o asumiendo, gradualmente, un papel relevante no solo como figura de apoyo social a lo largo de todo el proceso, sino también

como miembro activo y responsable de la buena marcha de la relación de pareja, así como (y cada vez más) en las tareas de cuidados y crianza (Dermott, 2003, 2007; Draper 2003; Rodrigues, 2001; Schaffer, 1990 y Sullerot, 1993). Además consideramos que el hombre también experimenta el impacto psicológico-emocional de la transición a la paternidad y por ello queremos resaltar y valorar, positivamente, su participación e implicación (Shapiro, 1990).

No cabe duda de que la cantidad de factores implicados en un embarazo (máxime, desde la perspectiva que planteamos) hace de su estudio una tarea nada sencilla. Sin embargo, tal dificultad no debe ser el obstáculo que detenga a los investigadores de las diferentes áreas de la Psicología, para seguir buscando soluciones metodológicas que nos permitan determinar las variables que puedan servir de facilitadores y/o protectores para esta primera etapa de transición a la maternidad y la paternidad, que vivida de forma temprana, podría ser la fase de preparación de la pareja para la larga, cambiante, y por ello muchas veces estresante, espera del nacimiento de su bebé.

Es desde este contexto que nos planteamos diseñar y llevar a cabo un estudio que se centra en los siguientes objetivos de partida:

- 1) Describir los niveles de ansiedad encontrados en las parejas participantes.
- 2) Conocer el grado de satisfacción con la pareja en esta época de sus vidas.
- 3) Comparar la vinculación afectiva prenatal de los padres y madres tempranos.
- 4) Recoger las ideas que hombres y mujeres, de nuestro estudio, tienen tanto del nonato como del recién nacido.
- 5) Analizar las condiciones de las madres en el postparto y de los neonatos en relación con las variables expuestas.

Desde estos cinco objetivos elaboraremos las hipótesis que nos guiarán en la parte empírica de nuestro trabajo y que se presentan en el siguiente apartado.

6.2. Hipótesis de trabajo

Para comprobar en qué medida se relacionan los objetivos antes planteados, proponemos cinco hipótesis operativas o de trabajo que a continuación presentamos:

Hipótesis 1: Se espera encontrar una correlación negativa entre los niveles de ansiedad y el grado de satisfacción de la vida en pareja.

Hipótesis 2: Se espera encontrar una correlación positiva entre el grado de satisfacción de la vida en pareja y la vinculación prenatal de ambos padres.

Hipótesis 3: Se espera encontrar una correlación negativa entre los niveles de ansiedad y la vinculación prenatal de los adultos.

Hipótesis 4: Se espera encontrar una relación negativa entre el nivel de ansiedad de las madres y la salud del recién nacido.

Hipótesis 5: Se espera encontrar una relación positiva entre la vinculación prenatal y la salud del recién nacido.

Capítulo 7

Método

7.1. Participantes

Las parejas participantes procedían mayoritariamente de un programa de preparación a la maternidad y a la paternidad de carácter privado, en el cual las mujeres asistían a clases teórico-prácticas dos veces a la semana y los hombres participaban en talleres para la pareja, cada quince días. Otras parejas provenían de las clases de Educación Maternal del Servicio de Atención Primaria de la Región de Murcia, del Centro de Salud de Puente Tocinos, por la similitud en los contenidos de las clases, el enfoque y la duración del programa; y también por las facilidades, acogida y disponibilidad brindada por la profesional del servicio. En total la muestra estaba compuesta por 30 parejas.

Fueron seleccionadas para participar en la investigación aquellas parejas que presentaban un buen estado general de salud, embarazo sin complicaciones y ausencia de anomalías físicas o psíquicas. Otro requisito de inclusión fue la edad gestacional, haber cumplido siete meses de embarazo antes de rellenar los instrumentos seleccionados para esta investigación. Por último, debían firmar un consentimiento informado para facilitar los datos relativos al postparto de la madre y los perinatales del recién nacido.

Las características demográficas de la muestra se pueden observar en las tablas numeradas del 1 al 5 y que presentamos a continuación.

Tabla 1. Descriptivos de la muestra: Rango de edad, Media y Desviación Típica

	Hombres		Mujeres	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Edad	28	43	30	39
Media	34,26		31,96	
Desviación Típica	3,94		3,27	

De nuestros participantes el 86,7% de las mujeres eran primíparas, mientras que el 73,3% de los hombres estrenaban paternidad. Las multíparas con un hijo anterior sumaban el 13,3% y en el caso de los padres con un hijo era del 20,0%. También formaron parte de esta muestra padres que tenían dos y tres hijos, cuyos porcentajes eran de 3,3% respectivamente.

Como podemos observar en la Tabla 2, el nivel de estudios y profesional de la muestra es alto. Concretamente, el 56,7% de los hombres y el 60% de las mujeres tienen estudios universitarios. En su mayoría eran trabajadores por cuenta ajena como se puede observar en la tabla correspondiente.

Tabla 2. Características demográficas relativas al nivel de estudios y situación laboral de los padres y madres participantes.

	Nivel de Estudios			
	Hombres		Mujeres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Estudios de Primaria	4	13,3	1	3,3
Estudios de Secundaria	5	16,7	4	13,3
Estudios superiores de música	0	0,0	1	3,3
Formación profesional	4	13,3	6	20,0
Diplomatura universitaria	9	30,0	4	13,3
Licenciatura universitaria	8	26,7	14	46,7

	Situación laboral			
	Hombres		Mujeres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Empresario	7	23,3	5	16,7
Funcionario	5	16,7	7	23,3
Profesión liberal	1	3,3	0	0,0
Trabajador por cuenta propia	4	13,3	4	13,3
Trabajador por cuenta ajena	11	36,7	14	46,7
Sin especificar	2	6,7	0	0,0

Otra característica de la muestra que queremos resaltar es el hábito tabáquico. En este sentido cabe destacar que sólo el 16,7% de las mujeres participantes han tenido alguna vez el hábito de fumar, con una media de 15 cigarrillos diarios. Mientras que el 83,3% nunca han sido fumadoras. En el caso de los hombres, el 76,7% no fuman y el 23,3% seguían fumando cuando participaron en nuestra investigación.

En cuanto al tiempo que necesitaron para conseguir el embarazo actual, la media fue de 9,45 meses. Los datos se exponen en la Tabla 3.

Tabla 3. Frecuencias, en meses, del tiempo empleado por la pareja para conseguir el embarazo actual

Número de meses	Frecuencia	Porcentaje
0	4	13,3
1	4	13,3
2	2	6,7
3	3	10,0
4	2	6,7
5	1	3,3
6	3	10,0
10	1	3,3
12	3	10,0
18	2	6,7
24	2	6,7
36	1	3,3
60	1	3,3
Sin especificar	1	3,3
Media		9,45 meses
Desviación Típica		13,15

De los embarazos seguidos en nuestra muestra, sólo dos han utilizado servicios de *reproducción asistida*. En uno de los casos el embarazo se produjo al primer intento y en el segundo de ellos tras cuatro intentos. En cuanto al porcentaje de abortos registrados en las historias clínicas de las mujeres, cuantificamos tres casos, lo que supone un 10,0% dentro de la muestra.

Otros datos de los participantes que consideramos relevantes fueron el tipo de clases y tiempo de asistencia a cursos de preparación al parto. En las Tablas 4 y 5 aparece recogida esta información.

Tabla 4. Frecuencias y porcentajes para el tipo de clases de preparación al parto a la que asistieron los hombres y mujeres participantes en el estudio.

Tipo de clases de preparación al parto	Hombres		Mujeres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Individual	1	3,3	1	3,3
Grupal	18	60,0	28	93,3
No asiste	10	33,3	1	3,3
Datos Ausentes	1	3,3	0	0,0

Tabla 5. Frecuencias y porcentajes para el tiempo como asistentes a las clases de preparación al parto de los hombres y mujeres participantes en el estudio.

Tiempo como asistentes a clases de preparación al parto	Hombres		Mujeres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nada	10	33,3	1	3,3
Horas	7	23,3	1	3,3
Días	5	16,7	4	13,3
Hasta 2 meses	4	13,3	11	36,7
Más de 2 meses	2	6,7	13	43,3
Datos Ausentes	2	6,7	0	0,0

Llama la atención que el 80% de las madres asistieron a las clases de preparación al parto dos o mas meses, mientras que en el caso de los padres solo lo hicieron un 20%.

7.2. Instrumentos

Para llevar a cabo esta investigación, hemos buscado unas herramientas que nos permitiesen matizar y/o profundizar en nuestra recogida y posterior análisis de datos, por ello hemos seleccionado los inventarios y cuestionarios que pasamos a presentar.

7.2.1. *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)* (Tobal y Cano Vindel, 1994).

El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, nos permite obtener una medida detallada de las situaciones y respuestas ansiosas, facilitando así una valoración más exhaustiva y concreta del caso individual, a la vez que posibilita una visión multidimensional de la ansiedad de las personas.

Este instrumento, nos ha servido para medir los niveles de ansiedad de las parejas de la muestra, tanto a nivel de las respuestas, cognitiva, fisiológica y motora como a nivel más específico, a través de los rasgos de ansiedad que se detectan mediante cuatro factores.

El ISRA está compuesto de 23 situaciones y 24 respuestas que totalizan 224 ítems, a través de los cuales se evalúan la ansiedad en tres subescalas o tipos de respuesta:

1- Cognitiva (ISRAC), se refiere a pensamientos y sentimientos de preocupación, miedo, inseguridad, etc. Situaciones que llevan al individuo, entre otros, a un estado de alerta, desasosiego o tensión, que generan en él falta de concentración y de decisión, además de la idea de que las personas de su entorno observan su conducta y se dan cuenta de sus problemas y torpezas.

2- Fisiológica (ISRAF), evalúa las respuestas que son índices de activación del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) y del Sistema Nervioso Somático (SNS), tales como: palpitaciones, taquicardia, sequedad de boca, dificultad para tragar, escalofríos, temblores, sudoración, tensión muscular, respiración agitada, apnea, etc, junto a otros síntomas como: molestias de estómago, náuseas, mareo, dolor de cabeza ...

3- Motora (ISRAM), recoge los índices de agitación motora fácilmente observables por otra persona. Incluye dificultades de expresión verbal tales como: bloqueo o tartamudez, movimientos torpes, respuestas de huida o evitación, fumar, comer y/o beber en exceso, llanto, movimientos repetitivos con pies o manos, rascarse e hiperactividad, entre otros.

Este inventario, como ya hemos señalado anteriormente, también nos proporciona cuatro factores específicos, que son áreas situacionales o rasgos de cada persona:

- Factor I (F-I), se trata de la ansiedad ante la evaluación y engloba, entre otras, las siguientes circunstancias: recibir críticas negativas, resolución de problemas, toma de decisiones, asumir responsabilidades, ser observado en el trabajo, hablar en público.
- Factor II (F-II), ansiedad interpersonal. En este rasgo específico, la ansiedad se manifiesta en las interacciones sociales, como por ejemplo, conocer gente nueva, esperar a alguien en un lugar concurrido, asistir a una reunión social y por situaciones de índole sexual.

- Factor III (F-III), ansiedad fóbica. En este factor, la ansiedad medida se refiere a miedos relacionados con: viajes en avión o barco, inyecciones, visitas al dentista, ver sangre, estar en lugares en los cuales se agrupan multitudes, lugares dónde la altura sea significativa, observar escenas violentas...
- Factor IV (F-IV), ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana, aquí se incluirían las situaciones del día a día que la persona vive como ansiógenas.

7.2.2. Cuestionario para la Evaluación de la Vinculación Afectiva Prenatal (EVAP) (Lafuente 1994) (véase Anexo I).

Este instrumento se ha utilizado para medir el grado de vinculación afectiva que tienen ambos padres expectantes con el nonato.

Se trata de un cuestionario, que presenta una versión para las madres y otra para los padres, consta de 30 ítems que dan una puntuación total del grado de vinculación, y se distribuyen en 7 subescalas:

1. actitudes ante el embarazo.
2. relaciones personales.
3. diferenciación del feto y comunicación con él.
4. conductas de preparativo.
5. conductas de protección.
6. conductas de fantaseo.
7. experiencias infantiles.

La utilización del EVAP está aconsejada en el último trimestre del embarazo ya que algunas de las conductas evaluadas son más susceptibles de medición en esas fechas. Además, diversas investigaciones de evaluación prenatal han comprobado que el tercer trimestre es el mejor período para realizar un buen pronóstico [(Cranley, 1981; Grace, 1989; Lerum y LoBiondo-Wood) citados en Brandon 2006; Lafuente, 1994; Siddiqui, Hägglöf y Eisemann, 1999] ya que en ese momento del embarazo es más probable que los padres hayan tenido tiempo para adaptarse a su nueva situación.

Este cuestionario valora entre otros aspectos:

- La diferenciación del nonato como un *ser* distinto del organismo materno con características individuales propias.
- La interacción con el nonato.
- El grado de deseo y aceptación del *ser* no nacido.
- Los comportamientos dirigidos a su cuidado.
- Los preparativos para su nacimiento.
- Las reacciones y actitudes ante los cambios corporales y emocionales que se experimentan.
- La capacidad para imaginar cosas relacionadas con el feto y el futuro niño.
- El papel como padres y educadores.
- La crianza.
- La relación con la pareja.
- Las experiencias infantiles con los propios padres y otros miembros de la familia.
- Las características personales.

7.2.3. Cuestionario de Áreas de Compatibilidad-Incompatibilidad en la Pareja (Serrat, 1980) (ver Anexo II)

Esta prueba valora el nivel o grado de satisfacción actual en la relación de pareja (GSP), a través de 38 ítems relativos a una amplia gama de áreas vinculadas con la vida de pareja y familiar.

Permite, por un lado, detectar áreas problema que pudieran existir. Por otro lado, además, pretende discriminar la habilidad o incapacidad que la pareja puede mostrar en la resolución de los problemas. El cuestionario valora, por ejemplo:

- Las áreas en que existe compatibilidad y acuerdo.
- Aquellas áreas que, cuando no existe acuerdo, la pareja tiene habilidad para la resolución del problema.
- Las áreas en que existe incompatibilidad o desacuerdo manifiesto
- Las áreas en que la conflictividad es tan alta que se evita hablar del tema.

El objetivo del cuestionario es ayudar, no sólo a discriminar ciertas fuentes de conflicto sino también facilitar la intervención en ellas y servir de indicador de la eficacia de la misma.

A través de éste instrumento analizamos el grado de satisfacción de la pareja en el tercer trimestre del embarazo.

7.2.4. Datos y Anamnesis sobre Embarazo, Parto, Posparto y Nacimiento. (Modificado de Pelechano, 1982 por Rodrigues, 2004)
(Véase Anexo III).

Se trata de un formulario creado para la recogida de los datos relevantes para esta investigación. Entre la información obtenida se encuentran:

- incidentes ocurridos en el tercer trimestre,
- duración del embarazo,
- asistencia a clases de preparación al parto de ambos miembros de la pareja,
- grado de satisfacción con el servicio y el trato recibidos en el hospital,
- presencia de la pareja en el parto
- datos sobre el parto, recién nacido y lactancia,

Esta información recogida también nos permitió conocer el grado de salud de recién nacido, descrito mediante las variables: semanas de gestación, peso, perímetro cefálico, talla al nacer y puntuación de Apgar al minuto y a los cinco minutos después del nacimiento.

7.2.5. Adaptación del Cuestionario de Palacios 1988 Sobre Ideas Previas de los Padres (Rodrigues, Pérez-López, e Hidalgo, 2004)
(ver Anexo IV)

El instrumento original, consta de 95 ítems y fue creado para recoger las ideas que tienen los padres sobre la educación y la crianza de los hijos a lo largo del desarrollo evolutivo, así como conocer las fuentes utilizadas para obtener información relevante de los diferentes aspectos involucrados.

Para adecuarlo a las necesidades de nuestro trabajo, hemos seleccionado y/o modificado 38 de los 95 ítems, para así obtener la fuente y el nivel de conocimiento que poseen las parejas, en ese momento del embarazo, sobre el nonato, el parto, el recién nacido, la lactancia y las ideas previas sobre el papel del padre en el embarazo y en el parto. En el anexo IV presentamos todos los ítems seleccionados y su distribución en categorías de conocimiento.

Categoría 1: Fuentes de obtención de información.

Categoría 2: Conocimiento de algunos aspectos del desarrollo del nonato.

Categoría 3: Expectativas sobre el padre temprano.

Categoría 4: Lactancia.

Categoría 5: Conocimientos de algunas características y cuidados del bebé.

7.3. Procedimiento

Después de recibir la autorización de la Unidad Docente-Gerencia de Atención Primaria de Murcia, nos dirigimos a la matrona que impartía clases de educación maternal en el Centro de Salud y a través de ella contactamos con las mujeres embarazadas. Simultáneamente, tuvimos acceso a parejas que asistían, en un Centro privado, a los talleres para la preparación a la maternidad y paternidad.

Tanto a las mujeres embarazadas de los cursos de educación maternal del Servicio Murciano de Salud como a las parejas del centro privado, se les solicitó colaboración y participación en la investigación. Una vez que habían aceptado tomar parte, se les explicó el objetivo general del estudio, haciendo hincapié en el carácter anónimo y confidencial del tratamiento de los datos por ellos aportados. En el caso de las mujeres del Servicio Murciano de Salud, además se les alertó de la necesidad de colaboración también por parte de su pareja. Como hemos señalado anteriormente, los participantes fueron incluidos en la investigación siguiendo cuatro criterios: embarazo sin complicaciones, estar en el séptimo mes de gestación, no padecer ninguna enfermedad física o psíquica, y firmar el consentimiento informado para facilitar los datos posnatales y perinatales.

A las parejas que aceptaron colaborar en el estudio se les hizo entrega de dos sobres numerados (uno para cada miembro de la pareja) los cuales contenían los instrumentos antes mencionados (ISRA, EVAP, Cuestionario Sobre ideas previas de los padres y el Cuestionario de compatibilidad-incompatibilidad en la pareja (GSP), así como el Formulario de datos personales, consentimiento informado de participación y uso de datos del bebé.

Se les pidió que contestasen de forma individual a todas las preguntas, después de leer las instrucciones, y se les facilitó un número de teléfono para aclarar cualquier duda que se pudiera presentar y/o plantear las posibles incidencias.

En cuanto a la devolución de los formularios, cuestionarios e inventario, se les indicó que deberían entregarlos cumplimentados, en el Centro al que acudían, en un plazo de quince días y utilizando el mismo sobre.

También se les ofertó una consulta individualizada, posterior a la devolución de los sobres, en la cual se les podría dar pautas de actuación acorde con la problemática por ellos planteada. Además, se les daba la posibilidad de que pudiesen acceder a más detalles sobre el objetivo de la investigación.

Los datos postnatales se obtuvieron a través de entrevistas semi-estructuradas tanto de forma presencial como por contactos telefónicos, efectuados al mes de nacimiento del bebé, adaptándonos a las circunstancias y la disponibilidad de las parejas. Para ello, adaptamos el formulario de Pelechano (1982), "Datos y anamnesis sobre embarazo y parto".

7.4 Análisis estadísticos

Para el análisis de los resultados se ha utilizado el paquete estadístico informatizado SPSS, Versión 11 (Pardo y Díaz, 2002). Las pruebas que se han utilizado en los distintos momentos y con las distintas variables analizadas, a fin de comprobar los objetivos e hipótesis planteadas, fueron:

- *Análisis descriptivo:*
 - *Frecuencias y porcentajes*
 - *Medias y desviaciones típicas*
- *Tablas de contingencia*
- *Análisis de las Correlaciones de Pearson y de Spearman,*
- *Pruebas no paramétricas de diferencia de medias: Gamma, Wilcoxon*
- *Diferencia de medias para muestras relacionadas. Pruebas T de Student*
- *Análisis de regresión simple*
- *Análisis de Correlación Canónica*

Capítulo 8

Resultados

Niveles de Ansiedad

En primer lugar efectuamos análisis descriptivos de nuestros datos. En relación con el objetivo uno: “*Describir los niveles de ansiedad encontrados en las parejas participantes*”, llevamos a cabo el cálculo de frecuencias y porcentajes de los datos obtenidos a través del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), tanto de la escala total como de cada una de las tres subescalas y de los cuatro factores que la componen (véanse Tablas 6 a 13).

Debemos destacar que en esta escala las puntuaciones comprendidas entre los centiles 80 y 99, ponen de manifiesto una alta ansiedad y engloba los niveles de ansiedad severa y extrema. Para los valores inferiores, los niveles de ansiedad oscilan entre mínimo y moderado.

Tabla 6. *Frecuencias y porcentajes de los niveles de ansiedad total de la muestra de mujeres y hombres*

ISRA Total	MUJERES		HOMBRES	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Ansiedad Mínima</i>	10	33,0	9	30,0
<i>Ansiedad Moderada</i>	14	46,7	17	56,7
<i>Ansiedad Severa</i>	5	16,7	1	3,3
<i>Ansiedad Extrema</i>	1	3,3	1	3,3
<i>Datos Ausentes</i>			2	6,7
<i>Total</i>	30	100,0	30	100,0

Como podemos observar el 16,7% de la muestra femenina y el 3,3% de la masculina presentan niveles de ansiedad severa. En cuanto al nivel de ansiedad extrema encontramos el 3,3% de los hombres y de las mujeres.

Tabla 7. Frecuencias y porcentajes de los niveles de ansiedad cognitiva de la muestra de mujeres y hombres.

ISRA Cognitiva	MUJERES		HOMBRES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<i>Ansiedad Mínima</i>	7	23,3	9	30,0
<i>Ansiedad Moderada</i>	17	56,7	17	56,7
<i>Ansiedad Severa</i>	4	13,3	3	10,0
<i>Ansiedad Extrema</i>	2	6,7	0	0,0
<i>Datos Ausentes</i>	0	0,0	1	3,3
<i>Total</i>	30	100,0	30	100,0

En la respuesta de ansiedad cognitiva encontramos que tanto hombres como mujeres presentan ansiedad severa en un 10,0%, y un 13,3% respectivamente. Sólo las mujeres, en un 6,7%, presentan niveles extremos de ansiedad.

Tabla 8. Frecuencias y porcentajes de los niveles de ansiedad fisiológica de la muestra de mujeres y hombres

ISRA Fisiológica	MUJERES		HOMBRES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<i>Ansiedad Mínima</i>	5	16,7	11	36,7
<i>Ansiedad Moderada</i>	18	60,0	16	53,3
<i>Ansiedad Severa</i>	6	20,0	2	6,7
<i>Ansiedad Extrema</i>	1	3,3	0	0,0
<i>Datos Ausentes</i>	0	0,0	1	3,3
<i>Total</i>	30	100,0	30	100,0

En la respuesta fisiológica el 20% de las mujeres de la muestra presentan niveles de ansiedad severa, frente al 6,7% de los hombres. La ansiedad extrema solo ha sido detectada en el 3,3% de la muestra femenina

Tabla 9. Frecuencias y porcentajes de los niveles de ansiedad motora de la muestra de mujeres y hombres

ISRA Motora	MUJERES		HOMBRES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<i>Ansiedad Mínima</i>	15	50,0	11	36,7
<i>Ansiedad Moderada</i>	10	33,3	15	50,0
<i>Ansiedad Severa</i>	4	13,3	0	0,0
<i>Ansiedad Extrema</i>	1	3,3	2	6,7
<i>Datos Ausentes</i>	0	0,0	2	6,7
<i>Total</i>	30	100,0	30	100,0

Los niveles de ansiedad severa fueron detectados en el 13,3% de las madres tempranas en la respuesta motora. La ansiedad extrema ha sido encontrada tanto en los padres como en las madres tempranas en el 6,7% y 3,3% respectivamente.

Tabla 10. Frecuencias y porcentajes de los niveles de ansiedad Factor I de la muestra de mujeres y hombres

ISRA Factor I	MUJERES		HOMBRES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<i>Ansiedad Mínima</i>	8	26,7	7	23,3
<i>Ansiedad Moderada</i>	14	46,7	19	63,3
<i>Ansiedad Severa</i>	6	20,0	2	6,7
<i>Ansiedad Extrema</i>	2	6,7	0	0,0
<i>Datos Ausentes</i>	0	0,0	2	6,7
<i>Total</i>	30	100,0	30	100,0

En este Factor I se muestran ansiosos de forma severa el 6,7% de los hombres y el 20,0% de las mujeres. Sólo las mujeres, en un 6,7%, se incluyen en los límites de ansiedad extrema.

Tabla 11. Frecuencias y porcentajes de los niveles de ansiedad Factor II de la muestra de mujeres y hombres

ISRA Factor II	MUJERES		HOMBRES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<i>Ansiedad Mínima</i>	13	43,3	14	46,7
<i>Ansiedad Moderada</i>	8	26,7	11	36,7
<i>Ansiedad Severa</i>	7	23,3	3	10,0
<i>Ansiedad Extrema</i>	2	6,7	0	0,0
<i>Datos Ausentes</i>	0	0,0	2	6,7
<i>Total</i>	30	100	30	100,0

En este Factor II, la ansiedad severa es detectada en el 23% de las mujeres y en el 10,0% de los hombres. En cambio la ansiedad extrema sólo afecta a las mujeres en un 6,7%.

Tabla 12. Frecuencias y porcentajes de los niveles de ansiedad Factor III de la muestra de mujeres y hombres

ISRA Factor III	MUJERES		HOMBRES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<i>Ansiedad Mínima</i>	9	30,0	9	30,0
<i>Ansiedad Moderada</i>	16	53,3	17	56,7
<i>Ansiedad Severa</i>	3	10,0	2	6,7
<i>Ansiedad Extrema</i>	2	6,7	0	0,0
<i>Datos Ausentes</i>	0	0,0	2	6,7
<i>Total</i>	30	100,0	30	100,0

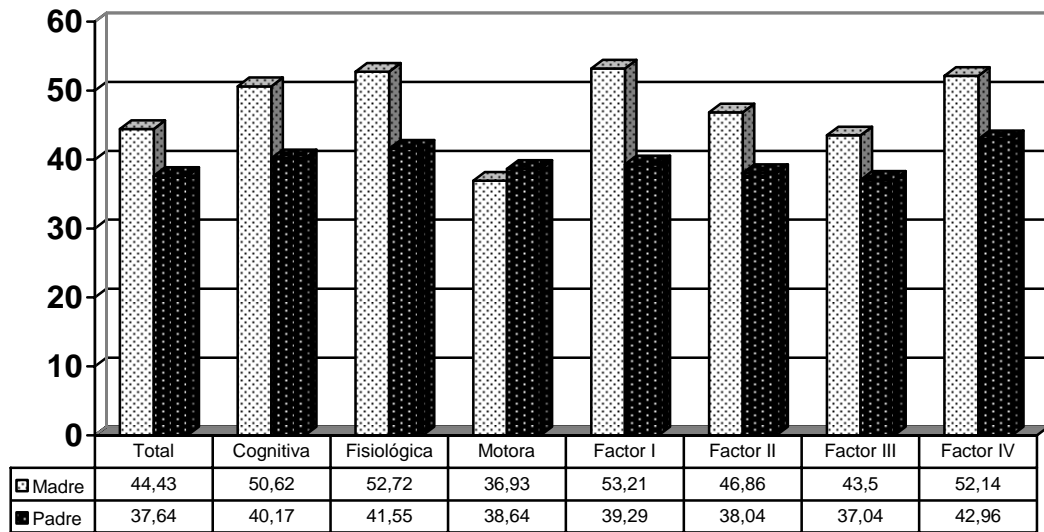
El 10,0% de las mujeres y el 6,7% de los hombres presentan ansiedad severa, en el Factor III. No se han detectado niveles de ansiedad extrema, en este Factor, en los hombres; en cambio, sí se ha encontrado en el 6,7% de las mujeres.

Tabla 13. Frecuencias y porcentajes de los niveles de ansiedad Factor IV de la muestra de mujeres y hombres

ISRA Factor IV	MUJERES		HOMBRES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<i>Ansiedad Mínima</i>	8	26,7	10	33,3
<i>Ansiedad Moderada</i>	14	46,7	14	46,7
<i>Ansiedad Severa</i>	6	20,0	3	10,0
<i>Ansiedad Extrema</i>	2	6,7	1	3,3
<i>Datos Ausentes</i>	0	0,0	2	6,7
<i>Total</i>	30	100,0	30	100,0

El 20,0% de las mujeres presentan ansiedad severa en el Factor IV y los hombres en un 10,0%. En el caso de la ansiedad extrema, las mujeres la manifiestan en un 6,7% y los hombres en un 3,3%.

Gráfico y Tabla 1. Niveles de ansiedad en madres y padres evaluados con el ISRA



En este gráfico y tabla 1 podemos observar que los niveles de ansiedad en las madres son siempre más elevados que los de los padres, a excepción de la ansiedad motora. No obstante, las diferencias no alcanzan significación estadística (como se aprecia en la Tabla 14) ni tampoco desde el punto de vista clínico.

Tabla 14: Diferencia de medias entre madres y padres referidas a los distintos componentes de la prueba ISRA.

	Diferencias de Medias					
	Media	Desviación Típica	Error Estand. Media	t	gl	Sig
Madre ISRA Total CENTIL - Padre ISRA TOTAL CENTIL	6,78571	43,01710	8,12947	,835	27	,411
Madre ISRA Cognitiva CENTIL - Padre ISRA Cognitiva CENTIL	10,44828	39,22971	7,28477	1,434	28	,163
Madre ISRA Fisiológica CENTIL - Padre ISRA Fisiológica CENTIL	11,17241	42,66403	7,92251	1,410	28	,169
Madre ISRA Motora CENTIL - Padre ISRA Motora CENTIL	-1,71429	44,21065	8,35503	-,205	27	,839
Madre ISRA Factor 1 CENTIL - Padre ISRA Factor I CENTIL	13,92857	40,25376	7,60725	1,831	27	,078
Madre ISRA Factor 2 CENTIL - Padre ISRA Factor II CENTIL	8,82143	47,49507	8,97572	,983	27	,334
Madre ISRA Factor 3 CENTIL - Padre ISRA Factor III CENTIL	6,46429	42,11579	7,95914	,812	27	,424
Madre ISRA Factor 4 CENTIL - Padre ISRA Factor IV CENTIL	9,17857	42,13739	7,96322	1,153	27	,259

Áreas de Compatibilidad - Incompatibilidad en la Pareja (GSP)

Para dar respuesta al segundo objetivo: “Conocer el grado de satisfacción con la pareja en esta época de sus vidas”, se efectuaron análisis descriptivos de las áreas de compatibilidad-incompatibilidad en la pareja en cuanto al nivel global de felicidad y satisfacción en la relación de pareja (GSP). Al respecto, las madres y padres tempranos de nuestra investigación valoraron su nivel de satisfacción de la siguiente manera:

Tabla 15. Descriptivos del nivel global de felicidad y satisfacción en la relación de pareja (GSP).

	Grado de satisfacción con la pareja Total			
	Hombres		Mujeres	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Muy desgraciado/a				
0-4	0	0,0	0	0,0
Satisfecho/a				
5	0	0,0	1	3,3
6	0	0,0	0	0,0
7	1	3,3	3	10,0
8	11	36,7	8	26,7
Muy feliz				
9	10	33,3	14	46,7
10	7	23,3	3	10,0
Datos Ausentes	1	3,3	1	3,3
Total	30	100,0	30	100,0

Como podemos apreciar en los resultados, el 40% de los padres y las madres expectantes se sienten “satisfechos” en su relación. La única diferencia es que el rango de puntuaciones en los padres abarca de 7 a 8 puntos, mientras que en las madres está comprendido entre 5 y 8.

Con estos resultados también podemos observar que el 56,7% de las mujeres y hombres participantes se sienten “muy felices” con su relación de pareja, en la escala total del GSP. Encontrándose sus puntuaciones dentro del rango 9 a 10.

Aunque el GSP consta de 38 ítems para valorar la compatibilidad-incompatibilidad dentro del grado de felicidad y satisfacción de la pareja hemos optado por presentar los datos de 23 ítems en el caso de las mujeres y 19 para los hombres, por ser aquellos que presentan mayor número de relaciones con las restantes variables analizadas.

Tabla 16a. Porcentajes de las respuestas dadas por las madres y padres en cuanto a compatibilidad-incompatibilidad de la pareja.

GSP	OPCIONES RESPUESTA MADRES					OPCIONES RESPUESTA PADRES					
	Ítem	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Finanzas y economía	60,00%	36,70%	0%	0%	3,30%						
3. Compras	93,30%	3,30%	0%	0%	3,30%						
5. Trabajo del Marido	70,00%	20,00%	6,70%	0%	3,30%						
7. Cuidado de los hijos	66,70%	10%	0%	0%	23,30%						
8. Tareas domésticas	43,30%	40,00%	13,30%	0%	3,30%	46,70%	40,00%	10,00%	0%	3,30%	
9. Quehaceres familiares	40,00%	43,30%	10,00%	0%	6,70%	60,00%	30,00%	3,30%	0%	6,70%	
11. Tiempo de ocio y entretenimiento de la familia						70,00%	23,30%	0%	0%	6,70%	
13. Amistades						90,00%	6,70%	0%	0%	3,30%	
14. Relaciones sociales de compromiso	63,30%	33,30%	0%	0%	3,30%	73,30%	20,00%	0%	3,30%	3,30%	
15. Religión	90,00%	3,30%	3,30%	0%	3,30%	90,00%	6,70%	0%	0%	3,30%	
16. Educación de los hijos	70,00%	10,00%	3,30%	0%	16,70%	66,70%	16,70%	0%	0%	16,70%	
17. Valores y criterios morales	80,00%	16,70%	0%	0%	3,30%						
19. La política	76,70%	20,00%	0%	0%	3,30%	76,70%	6,70%	6,70%	6,70%	3,30%	
20. Intereses culturales	83,30%	13,30%	3,30%	0%	3,30%	76,70%	20,00%	0%	0%	3,30%	

1. No supone un problema
2. Problemas frecuentes pero los resolvemos
3. Problemas frecuentes. No solución. Discutimos
4. Problemas frecuentes. Difícilmente hablamos
5. Datos ausentes

Tabla 16b. Porcentajes de las respuestas dadas por las madres y padres en cuanto a compatibilidad-incompatibilidad de la pareja.

GSP	OPCIONES RESPUESTA MADRES					OPCIONES RESPUESTA PADRES					
	Ítem	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21. Puntos de vista conservadores actuales	76,70%	13,30%	6,70%	0%	3,30%						
22. Filosofía de la vida	73,30%	16,70%	6,70%	0%	3,30%						
23. Relaciones sexuales	66,70%	23,30%	6,70%	0%	3,30%	76,70%	6,70%	3,30%	3,30%	10,00%	
24. Control de natalidad						86,70%	3,30%	0%	0%	10,00%	
25. Celos	93,30%	3,30%	0%	0%	3,30%	76,70%	13,30%	0%	0%	10,00%	
26. Relaciones extramatrimoniales	96,70%	0%	0%	0%	3,30%						
27. Demostraciones de afecto	73,30%	23,30%	0%	0%	3,30%	83,30%	6,70%	0%	0%	10,00%	
29. Cuidado físico						66,70%	23,30%	0%	0%	10,0%	
30. Hábitos personales	60,00%	23,30%	0%	0%	0%	50,00%	33,30%	3,30%	0%	13,30%	
31. Salud	67,70%	26,70%	0%	0%	6,70%						
32. Diferencias de temperamento y personalidad						40,00%	43,30%	6,70%	0%	10,00%	
33. Gustos	80,00%	16,70%	0%	0%	3,30%						
35. Relaciones con familiares próximos						50,00%	30,30%	10,00%	0%	10,00%	
36. Independencia propia	90,00%	6,70%	0%	0%	3,30%	76,70%	13,30%	0%	0%	10,00%	
37. Independencia del otro	83,30%	13,30%	0%	0%	3,30%	76,70%	13,30%	0%	0%	10,00%	

1. No supone un problema
2. Problemas frecuentes pero los resolvemos
3. Problemas frecuentes. No solución. Discutimos
4. Problemas frecuentes. Dificilmente hablamos
5. Datos ausentes

Escala de Vinculación Afectiva Prenatal

Para llevar a efecto el tercer objetivo planteado: “Comparar la vinculación afectiva prenatal de los padres y madres tempranos”, efectuamos análisis descriptivos de los datos obtenidos con los participantes. En cuanto a las tendencias de puntuación encontradas en la escala total de la vinculación

afectiva prenatal (EVAP) y en las 7 subescalas que la componen, tanto en los hombres como en las mujeres que participaron en este trabajo de investigación, los resultados se exponen en las tablas 17 a 24.

Tabla 17. Frecuencias y Porcentajes del “grado de vinculación prenatal total” obtenido con el EVAP y referido a la muestra de mujeres y hombres

	Sexo	Muy Baja	Moderada	Alta	Muy Alta	Datos ausentes
Frecuencia	Mujeres	0	12	15	2	1
	Hombres	2	12	14	1	1
Porcentaje	Mujeres	0,0	40,0	50,0	6,7	3,3
	Hombres	6,7	40,0	46,7	3,3	3,3

Como se puede apreciar en la Tabla 17, el 56,7% de las mujeres tienen una vinculación alta o muy alta con su hijo no nacido, mientras que en el caso de los hombres este porcentaje es del 50,0%.

Tabla 18. Frecuencias y Porcentajes del vínculo prenatal en la subescala 1 del EVAP “Actitudes ante el embarazo” para la muestra de mujeres y hombres.

	Sexo	Muy Baja	Algo Baja	Moderada	Alta	Muy Alta	Datos ausentes
Frecuencia	Mujeres	1	1	2	17	8	1
	Hombres	0	1	1	14	13	1
Porcentaje	Mujeres	3,3	3,3	6,7	56,7	26,7	3,3
	Hombres	0,0	3,3	3,3	46,7	43,3	3,3

En la subescala “actitudes ante el embarazo” se aprecia que el 43,3% de los hombres puntúan muy alto, mientras que las mujeres solo presentan esta valoración en un 26,7 %.

Tabla 19. Frecuencias y Porcentajes del vínculo prenatal en la subescala 2 del EVAP “Relaciones Personales” para la muestra de mujeres y hombres.

	Sexo	Muy Baja	Algo Baja	Moderada	Alta	Muy Alta	Datos ausentes
Frecuencia	Mujeres	0	1	5	17	6	1
	Hombres	0	1	3	16	9	1
Porcentaje	Mujeres	0	3,3	16,7	56,7	20,0	3,3
	Hombres	0	3,3	10,0	53,3	30,0	3,3

Como podemos apreciar en la subescala “relaciones personales”, los hombres puntúan alto en un 53,3%, y las mujeres en un 56,7%. En la categoría muy alta se da una diferencia del 10,0%, entre hombres y mujeres a favor de los primeros.

Tabla 20. Frecuencias y Porcentajes del vínculo prenatal en la subescala 3 del EVAP “diferenciación del feto y comunicación con él” para la muestra de mujeres y hombres.

	Sexo	Extrem. Baja	Muy Baja	Algo Baja	Moderada	Alta	Muy Alta	Datos ausentes
Frecuencia	Mujeres	0	0	0	0	9	20	1
	Hombres	1	1	0	2	18	7	1
Porcentaje	Mujeres	0,0	0,0	0,0	0,0	30,0	66,7	3,3
	Hombres	3,3	3,3	0,0	6,7	60,0	23,3	3,3

En cuanto a la subescala “diferenciación con el feto y comunicación con él”, la categoría alta aparece en el 30,0% de las mujeres, y en el caso de los hombres el 60,0%. Sin embargo, en la categoría muy alta las mujeres se vinculan con el bebé no nacido en un 66,7% y en el caso de los hombres solo en un 23,3%.

Tabla 21. Frecuencias y Porcentajes del vínculo prenatal en la subescala 4 del EVAP “conductas de preparativo” para la muestra de mujeres y hombres.

	Sexo	Muy Baja	Algo Baja	Moderada	Alta	Muy Alta	Datos ausentes
Frecuencia	Mujeres	0	0	0	6	23	1
	Hombres	0	0	2	20	7	1
Porcentaje	Mujeres	0,0	0,0	0,0	20,0	76,7	3,3
	Hombres	0,0	0,0	6,7	66,6	23,3	3,3

En la subescala “conductas de preparativo”, los resultados reflejan un 20,0% para la categoría alta, en el caso de las mujeres, y un 66,6% para los hombres. La muy alta es del 76,7% para ellas y del 23,3% para ellos.

Tabla 22. Frecuencias y Porcentajes del vínculo prenatal en la subescala 5 del EVAP “conductas de protección” para la muestra de mujeres y hombres.

	Sexo	Muy Baja	Algo Baja	Moderada	Alta	Muy Alta	Datos ausentes
Frecuencia	Mujeres	1	0	4	21	3	1
	Hombres	0	3	1	23	2	1
Porcentaje	Mujeres	3,3	0,0	13,3	70,0	10,3	3,3
	Hombres	0,0	10,0	3,3	76,7	6,7	3,3

En la subescala “conductas de protección”, como se puede apreciar, en la categoría alta se encuentra el 76,7% de los hombres en contraste con el 70,0% de las mujeres; mientras que en la categoría muy alta, las mujeres puntúan en un 10,3% y en el caso de los hombres en un 6,7%.

Tabla 23. Frecuencias y Porcentajes del vínculo prenatal en la subescala 6 del EVAP “conductas de fantaseo” para la muestra de mujeres y hombres.

	Sexo	Muy Baja	Algo Baja	Moderada	Alta	Muy Alta	Datos ausentes
Frecuencia	Mujeres	0	0	3	21	5	1
	Hombres	3	1	6	15	4	1
Porcentaje	Mujeres	0,0	0,0	10,0	70,0	16,7	3,3
	Hombres	10,0	3,3	20,0	50,0	13,3	3,3

En la subescala “conductas de fantaseo”, la categoría alta aparece en el 70,0% de las mujeres y en el grupo de los hombres el porcentaje es del 50,0%. La categoría de vinculación muy alta se aprecia en un 16,7% de las mujeres y en un 13,3% en el caso de los hombres.

Tabla 24. Frecuencias y Porcentajes del vínculo prenatal en la subescala 7 del EVAP “experiencias infantiles” para la muestra de mujeres y hombres.

	Sexo	Extrem. Baja	Muy Baja	Algo Baja	Moderada	Alta	Muy Alta	Datos ausentes
Frecuencia	<i>Mujeres</i>	1	2	3	6	13	4	1
	<i>Hombres</i>	0	0	0	2	21	6	1
Porcentaje	<i>Mujeres</i>	3,3	6,7	10,0	20,0	43,3	13,3	3,3
	<i>Hombres</i>	0,0	0,0	0,0	6,7	70,0	20,0	3,3

Por último, en la subescala “experiencias infantiles”, los hombres se sitúan en la categoría alta en el 70,0% de los casos frente al 43,3% de las mujeres; y en un 20,0% en la de muy alta, mientras las mujeres lo hacen en el 13,3%.

Descriptivos para las Ideas Previas de los padres y madres

Para tratar de conocer, entre otras, las fuentes de información de las ideas previas sobre el papel del padre en el parto, la lactancia, la percepción del nonato y del recién nacido, que tienen tanto los padres como las madres tempranos de la muestra, hemos agrupado los 38 ítems seleccionados y/o adaptados del Cuestionario de Ideas de Padres y Madres, de Palacios (1988) en 5 categorías:

1. *Fuentes de obtención de información.* Preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8.
2. *Conocimiento de algunos aspectos del desarrollo y bienestar del nonato.* Preguntas 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16.
3. *Expectativas sobre el papel del padre en la etapa prenatal.* Preguntas 17, 18, 19 y 20.
4. *Lactancia.* Preguntas 21, 22, 23, 24, 25 y 26.
5. *Conocimientos de algunas características, necesidades y cuidados del bebé.* Preguntas, 27, 28, 29,30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37 y 38.

A través del cálculo de los porcentajes de las tasas de respuesta a los ítems propuestos en cada categoría, los datos arrojaron los resultados que resumimos en las tablas que siguen:

Categoría 1: Fuentes de obtención de información

Tabla 25. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la *pregunta 1* para la muestra de mujeres y hombres.

		<i>Padres</i>		<i>Madres</i>	
		SI	NO	SI	NO
¿Cree usted que es importante estar informado sobre los diferentes aspectos del embarazo?	<i>Frecuencia</i>	30	0	30	0
	<i>Porcentaje</i>	100,0	0,0	100,0	0,0

Como podemos apreciar en la tabla, los porcentajes de frecuencia de respuesta obtenidos muestran que todos los padres y las madres estudiados creen que es importante obtener información sobre el embarazo.

Tabla 26. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la *pregunta 2* para la muestra de mujeres y hombres.

		<i>Padres</i>		<i>Madres</i>	
		SI	NO	SI	NO
¿Ha buscado información acerca del embarazo?	<i>Frecuencia</i>	21	9	28	2
	<i>Porcentaje</i>	70,0	30,0	93,3	6,70

En relación con la búsqueda de información encontramos que el 93,3% de las madres lo hicieron frente al 70,0% de los padres.

Tabla 27. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 3 para la muestra de mujeres y hombres.

“¿Mediante qué procedimientos se ha informado de lo que es un embarazo?”

		Padres		Madres	
		SI	NO	SI	NO
A través de charlas, conversaciones o petición de consejos.	<i>Frecuencia</i>	19	11	26	4
	<i>Porcentaje</i>	63,3	36,7	86,7	13,3
A través de lecturas en revistas o libros especializados	<i>Frecuencia</i>	15	15	29	1
	<i>Porcentaje</i>	50,0	50,0	96,7	3,3
A través de cursos relacionados con el tema (por ejemplo, cursos de preparación al parto)	<i>Frecuencia</i>	17	11	29	1
	<i>Porcentaje</i>	56,7	36,7	96,7	3,3
A través de los medios de comunicación audiovisual (programas de televisión y radio, Internet, etc)	<i>Frecuencia</i>	19	11	21	8
	<i>Porcentaje</i>	63,3	36,7	70,0	36,7

Tal y como indican los resultados, el 63,0% de los padres asistieron a charlas y mantuvieron conversaciones o pidieron consejos, frente al 86,7% de las madres. La mitad de los padres leyeron revistas o libros especializados mientras que el otro 50% no lo hicieron; en cuanto a las madres en el 96,7% leyeron revistas o libros especializados. El 56,7% de los hombres asistieron a cursos relacionados con el embarazo frente al 96,7% de las mujeres. Los hombres en un 63,3% se informaron a través de medios de comunicación audiovisual, y las mujeres utilizaron los mismos medios en un 70,0%.

Tabla 28. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 4 para la muestra de mujeres y hombres.

“En el caso de que usted haya hablado o pedido consejos a otras personas, se ha dirigido a:”

		<i>Padres</i>		<i>Madres</i>	
		SI	NO	SI	NO
Médico	<i>Frecuencia</i>	18	9	29	1
	<i>Porcentaje</i>	60,0	30,0	96,7	3,3
Familiares y amigos	<i>Frecuencia</i>	19	11	28	2
	<i>Porcentaje</i>	63,3	36,7	93,3	6,7

Los médicos, en un 60,0%, fueron la fuente de información para los hombres, y para las mujeres lo fueron en el 96,7%. Los familiares y amigos han sido fuente de información para el 63,3% de los hombres y para el 93,3% de las mujeres.

Tabla 29. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 5 para la muestra de mujeres y hombres.

“En el caso de que haya obtenido información a través de lecturas, usted ha leído:”

		<i>Padres</i>		<i>Madres</i>	
		SI	NO	SI	NO
Libros	<i>Frecuencia</i>	13	16	26	3
	<i>Porcentaje</i>	46,3	53,3	86,7	10,0
Revistas	<i>Frecuencia</i>	16	14	26	4
	<i>Porcentaje</i>	53,3	46,7	86,7	13,3

Los libros han sido leídos por el 46,3% de los hombres frente el 86,7% de las mujeres. Las revistas han sido fuente de información para el 53,3% de los hombres y para el 86,7% de las mujeres de la muestra.

Tabla 30. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 6 para la muestra de mujeres y hombres.

“En el caso de haber asistido a un Curso de Preparación al Parto, ¿con quién acudió?”

		Padres	Madres
No asistió	<i>Frecuencia</i>	1	0
	<i>Porcentaje</i>	3,30	0,0
Solo	<i>Frecuencia</i>	1	16
	<i>Porcentaje</i>	3,3	53,3
Con su pareja	<i>Frecuencia</i>	22	12
	<i>Porcentaje</i>	73,3	40,0
Con un amigo/a	<i>Frecuencia</i>	0	0%
	<i>Porcentaje</i>	0,0	0,0
Con un familiar	<i>Frecuencia</i>	0	1
	<i>Porcentaje</i>	0,0	3,3
No contesta	<i>Frecuencia</i>	6	1
	<i>Porcentaje</i>	20,0	3,3

Los hombres que no asistieron a clases de preparación no superan el 3,30%. Aunque con el mismo porcentaje, los hombres apenas van solos a clases de preparación. En cambio y como era de esperar, las mujeres solas en las clases de preparación alcanzan el 53,3%.

Los hombres que dicen haber asistido a clases con sus parejas alcanzan el 73,3% de los participantes. En el caso de las mujeres, el 40,0% dicen haber asistido acompañadas de su pareja. Solo el 3,30% de las mujeres acudieron a clases de preparación en compañía de un familiar.

Tal vez lo más llamativo es el hecho de que un porcentaje relativamente importante de varones (20%) no ofrece ningún tipo de dato en relación con esta pregunta, mientras que en el caso de las mujeres solo es un 3,3%.

Tabla 31. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 7 para la muestra de mujeres y hombres.

“¿Mediante qué procedimientos se ha informado acerca de cómo criar y educar a un niño?”

	<i>Padres</i>		<i>Madres</i>	
	SI	NO	SI	NO
Ha leído libros o revista.	19	11	28	2
	63,3	36,7	93,3	6,7
Tenía experiencia previa con niños propios o de otros	12	18	16	14
	40,0	60,0	53,3	46,7
A través de la propia formación o de cursos específicos de preparación	12	18	22	8
	40,0	60,0	73,3	26,7
Fuentes menos específicas (cursillos en la iglesia, televisión)	7	22	8	20
	23,3	73,3	26,7	66,7

Como podemos observar en los resultados, el 63,3% de los hombres han leído sobre crianza y educación, mientras las mujeres lo han hecho en el 93,3%.

La experiencia previa ha sido para los participantes masculinos del 40,0% y para las femeninas del 53,3%. El 40,0% de los hombres se informaron en los cursos de preparación frente al 73,3% de las mujeres. Las fuentes menos específicas fueron consultadas por el 23,3% de los hombres frente al 26,7% de las mujeres.

Tabla 32. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 8 para la muestra de mujeres y hombres.

“En el caso de haber leído revistas o libros, ¿recuerda alguna cosa concreta que usted haya aprendido en esas lecturas o que le haya llamado la atención?”

		Padres	Madres
No	<i>Frecuencia</i>	8	1
	<i>Porcentaje</i>	26,7	3,3
Recuerda cosas concretas	<i>Frecuencia</i>	18	29
	<i>Porcentaje</i>	60,0	96,7
No recuerda bien o son recuerdos imprecisos)	<i>Frecuencia</i>	4	0
	<i>Porcentaje</i>	13,3	0,0

El 26,7% de los hombres no recuerdan lo que leyeron mientras que en las mujeres es el 3,3%. Las cosas concretas son recordadas por el 60,0% de los hombres y el 96,7% de las mujeres. Solo la muestra masculina, y en un 13,3%, no recuerda de forma precisa lo que leyeron.

Categoría 2: Conocimiento de algunos aspectos del desarrollo del nonato

Tabla 33. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 9 para la muestra de mujeres y hombres.

“¿Cree usted que el niño cuando está dentro del vientre de la madre, a los 7 meses de embarazo, oye?”

		Padres	Madres
Si	Frecuencia	27	30
	Porcentaje	90,0	100,0
No	Frecuencia	1	0
	Porcentaje	3,3	0,0
No sabe	Frecuencia	2	0
	Porcentaje	6,7	0,0

En cuanto a la capacidad auditiva del niño no nacido, el 90,0% de los padres creen que oye a los 7 meses de edad intrauterina y las madres lo hacen en un 100,0%. Solo un 3,30% de los hombres creen que no oye y el 6,70% dicen no saber si el no nacido tiene dicha facultad.

Tabla 34. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 10 para la muestra de mujeres y hombres.

“¿Cree usted que, también a los 7 meses de embarazo, el niño tiene ya su propia personalidad, es decir, que ya es de una forma u otra?”

		Padres	Madres
Si	Frecuencia	6	4
	Porcentaje	20,0	13,3
No	Frecuencia	4	3
	Porcentaje	13,3	10,0
En parte si, pero luego influye el medio	Frecuencia	17	22
	Porcentaje	56,7	73,3
No sabe	Frecuencia	2	1
	Porcentaje	6,7	3,3

Para el 20,0% de los hombres y el 13,3% de las mujeres el nonato tiene personalidad propia a los 7 meses de vida intrauterina.

Tabla 35. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 11 para la muestra de mujeres y hombres.

		Padres		Madres	
		SI	NO	SI	NO
¿Cree usted que existe alguna relación entre cómo se encuentra la madre embarazada y cómo se encuentra el niño?	<i>Frecuencia</i>	30	0	30	0
	<i>Porcentaje</i>	100,0	0,0	100,0	0,0

El 100,0% de los hombres y mujeres de la muestra creen que existe relación entre cómo se encuentra la madre y cómo se encuentra el niño.

Tabla 36. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 12 para la muestra de mujeres y hombres.

“¿En qué cosas le parece que hay relación?”

		Padres		Madres	
		SI	NO	SI	NO
En el estado de ánimo.	<i>Frecuencia</i>	29	1	29	1
	<i>Porcentaje</i>	96,7	3,3	96,7	3,3
En el bienestar físico	<i>Frecuencia</i>	30	0	25	4
	<i>Porcentaje</i>	100,0	0,0	83,3	13,3

Los hombres encuentran relación en el estado de ánimo en 96,7% al igual que las mujeres. La relación en el bienestar físico es la opción elegida por el 100,0% de los hombres frente al 83,3% de las mujeres.

Tabla 37. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 13 para la muestra de mujeres y hombres.

“Si una mujer embarazada tiene un antojo, por ejemplo en la comida, y no puede satisfacerlo, ¿cree usted que eso influye sobre el niño?”

		Padres	Madres
Si	<i>Frecuencia</i>	6	2
	<i>Porcentaje</i>	20,0	6,7
No	<i>Frecuencia</i>	18	19
	<i>Porcentaje</i>	60,0	63,3
No sabe	<i>Frecuencia</i>	6	9
	<i>Porcentaje</i>	20,0	30,0

La influencia de los antojos de la madre sobre el niño es la creencia del 20,0% de los varones de la muestra frente al 6,70% de las mujeres.

Tabla 38. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 14 para la muestra de mujeres y hombres.

“Si influye, ¿en qué aspectos?”

		<i>Padres</i>		<i>Madres</i>	
		SI	NO	SI	NO
Características físicas	<i>Frecuencia</i>	3	18	1	16
	<i>Porcentaje</i>	10,0	60,0	3,3	53,3
En su forma de ser	<i>Frecuencia</i>	2	20	1	16
	<i>Porcentaje</i>	6,7	66,7	3,3	53,3

Las características físicas es la elección de respuesta del 10,0% de los hombres y del 3,30% de las mujeres. Para el 6,70% de los hombres y el 3,30% de las mujeres la influencia se produce en la forma de ser.

Tabla 39. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 15 para la muestra de mujeres y hombres.

“¿Qué cosas cree usted que es bueno que haga la madre embarazada para beneficiar al niño antes de nacer?”

		Padres		Madres	
		SI	NO	SI	NO
Buscar atención y asesoramiento psicológico	<i>Frecuencia</i>	18	11	21	9
	<i>Porcentaje</i>	60,0	36,7	70,0	30,0
Cuidados físicos	<i>Frecuencia</i>	30	0	30	0
	<i>Porcentaje</i>	100,0	0,0	100,0	0,0
Estados de ánimo apacibles	<i>Frecuencia</i>	30	0	30	0
	<i>Porcentaje</i>	100,0	0,0	100,0	0,0
Cursos de preparación	<i>Frecuencia</i>	30	0	30	0
	<i>Porcentaje</i>	100,0	0,0	100,0	0,0
Atenciones dirigidas al niño	<i>Frecuencia</i>	29	0	28	2
	<i>Porcentaje</i>	96,7	0,0	93,3	6,7

El 60,0% de los hombres y el 70,0% de las madres piensan que la atención y el asesoramiento psicológico para la madre pueden beneficiar al niño antes de nacer. Los hombres y mujeres coinciden al 100,0% que los estados de ánimo apacibles y los cursos de preparación son beneficiosos para el niño antes de nacer. En cuanto a las atenciones dirigidas al niño son considerados como elección de respuesta por el 96,7% de los hombres y el 93,3% de las mujeres.

Tabla 40. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 16 para la muestra de mujeres y hombres.

“¿Qué cosas cree usted que debe evitar hacer una madre embarazada porque puedan perjudicar al niño?”

		Padres		Madres	
		SI	NO	SI	NO
Esfuerzos físicos	<i>Frecuencia</i>	29	1	29	1
	<i>Porcentaje</i>	96,7	3,3	96,7	3,3
Tensiones psicológicas	<i>Frecuencia</i>	28	2	28	2
	<i>Porcentaje</i>	93,3	6,7	93,3	6,7
Nada	<i>Frecuencia</i>	1	28	0	25
	<i>Porcentaje</i>	3,3	93,3	0,0	83,3

Los hombres y mujeres coinciden que los esfuerzos físicos de la madre pueden perjudicar al niño en un 96,7%. Ambos, también consideran perjudicial las tensiones psicológicas en el 93,3%. Los hombres entienden, en un 93,3%, que nada de lo que haga la madre puede perjudicar al niño, y las mujeres lo comparten en un 83,3%.

Categoría 3: Expectativas sobre el papel del padre en la etapa prenatal

Tabla 41. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 17 para la muestra de mujeres y hombres.

		Padres		Madres	
		SI	NO	SI	NO
¿Cree usted que el hombre tiene un papel importante en el bienestar de su pareja durante el embarazo?	<i>Frecuencia</i>	30	0	30	0
	<i>Porcentaje</i>	100,0	0,0	100,0	0,0

El 100,0% de la muestra responde afirmativamente a esta pregunta. Es decir, piensan que el hombre desempeña un papel importante para el bienestar de su pareja durante el embarazo.

Tabla 42. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 18 para la muestra de mujeres y hombres.

“Para que la madre tenga un buen embarazo, el padre puede contribuir de diferentes formas”.

Señale la importancia que tienen las siguientes opciones para usted, seleccionando entre 1 y 3. (Siendo 3 muy importante, 2 poco importante, 1 nada importante).

		Padres			Madres		
		Muy (3)	Poco (2)	Nada (1)	Muy (3)	Poco (2)	Nada (1)
Ayudando en las tareas.	Frecuencia	12	14	4	8	12	10
	Porcentaje	40,0	46,7	13,3	26,7	40,0	33,3
Apoyando, animando, atendiendo a la madre.	Frecuencia	26	3	1	29	1	0
	Porcentaje	86,7	10,0	3,3	96,7	3,3	0,0
Atenciones físicas concretas (por ejemplo, no fumar).	Frecuencia	13	3	14	6	12	12
	Porcentaje	43,3	10,0	46,7	20,0	40,0	40,0

La **ayuda en las tareas** es *nada importante* para el 13,3% de los hombres frente al 33,3% de las mujeres. Es *poco importante* para el 46,70% de los hombres y el 40,0% de las mujeres. Es *muy importante* para el 40,0% de los hombres y el 26,7% de las mujeres.

El **apoyo, atención y ánimo** son considerados *nada importante* solo para el 3,30% de los hombres; es *poco importante* para el 10,0% de los hombres y el 3,30% de las mujeres; es *muy importante* para el 86,7% de ellos y el 96,7% de ellas.

Las **atenciones físicas concretas** son consideradas *nada importante* para el 46,7% de los padres y el 40,0% de las madres, es *poco importante* para el 10,0% de los hombres y el 40,0% de las mujeres y *muy importante* para el 43,3% de los hombres y el 20,0% de las mujeres.

Tabla 43. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 19 para la muestra de mujeres y hombres.

“¿Cree que es bueno o aconsejable que el padre acompañe a la madre durante el parto?”

		Padres	Madres
Si	<i>Frecuencia</i>	26	26
	<i>Porcentaje</i>	86,7	86,7
No	<i>Frecuencia</i>	1	0
	<i>Porcentaje</i>	3,3	0,0
No sabe	<i>Frecuencia</i>	1	0
	<i>Porcentaje</i>	3,3	0,0
Depende del padre	<i>Frecuencia</i>	2	4
	<i>Porcentaje</i>	6,7	13,3

Acompañar a la pareja durante el parto es bueno o aconsejable para el 86,7% de los hombres y mujeres de nuestro estudio. La alternativa “no” es la elegida por el 3,30% de los hombres, el mismo porcentaje se aplica a “no sabe”. Por último la opción depende del padre, es elegida por el 6,70% de los hombres y el 13,30% de las mujeres.

Tabla 44. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 20 para la muestra de mujeres y hombres.

“¿Por qué?”

Señalar el orden de importancia que tiene cada una de las siguientes opciones para usted, enumerando de 1 al 5. (Siendo 5 muy importante, 4 bastante importante, 3 importante, 2 poco importante y 1 nada importante).

		Padres					Madres				
		5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Evitar nervios, molestias, angustias	<i>Frecuencia</i>	9	10	8	3	0	5	15	4	6	0
	<i>Porcentaje</i>	30,0	33,3	26,7	10,0	0,0	16,7	50,0	13,3	20,0	0,0
Beneficio de la madre	<i>Frecuencia</i>	8	14	7	0	0	6	8	13	3	0
	<i>Porcentaje</i>	26,7	46,7	23,3	0,0	0,0	20,0	26,7	43,3	10,0	0,0

		Padres					Madres				
		5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Beneficio del padre	<i>Frecuencia</i>	2	1	7	19	0	2	5	9	14	0
	<i>Porcentaje</i>	6,70	3,30	23,3	63,3	0,0	6,7	16,7	30,0	46,7	0,0
Beneficio de la pareja, relación, niño	<i>Frecuencia</i>	19	4	4	3	0	25	2	2	1	0
	<i>Porcentaje</i>	63,3	13,3	13,3	10,0	0,0	83,8	6,7	6,7	3,30	0,0
Padre vea lo mal que se pasa	<i>Frecuencia</i>	2	0	1	3	23	0	0	0	1	29
	<i>Porcentaje</i>	6,70	0,0	3,30	10,0	76,7	0,0	0,0	0,0	3,30	96,7

Las madres y los padres consideran como opción principal sobre por qué es bueno que el padre esté presente en el parto, “el beneficio de la pareja” (83,8% y 63,3% respectivamente). También se considera, muy o bastante importante, por parte de los dos miembros de la pareja que la presencia del padre podría contribuir a evitar nervios, molestias o angustias de la situación.

Ni las madres ni los padres, en general, consideran importante que el motivo sea que “el padre vea lo mal que se pasa”, puesto que únicamente 2 padres (6,6%) lo consideran muy importante.

Finalmente, destacar que un 73,4% de los padres consideran importante o muy importante que la asistencia al parto del padre supone un beneficio para la madre, mientras que en el caso de las madres esta opinión solo es compartida por el 46,7% de las mismas. En cambio, el 46,7% de las madres y el 63% de los padres consideran que el beneficio puede ser poco importante para el padre.

Categoría 4: Lactancia

Tabla 45. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 21 para la muestra de mujeres y hombres.

“¿Cómo piensa usted alimentar al niño?”

	Padres		Madres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Al pecho	27	90,0	30	100,0
Con biberón	0	0,0	0	0,0
Biberón y pecho	2	6,7	0	0,0
Indeciso/ Depende de lo que diga el médico	1	3,3	0	0,0

Queda claro que la lactancia materna es la opción preferida tanto por los padres como por las madres, alcanzando un 90,0% en los hombres y el 100,0% en las mujeres.

Tabla 46. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 22 para la muestra de mujeres y hombres.

“¿Por qué?”

Por lo aprendido de experiencias previas	Frecuencia	Padres		Madres	
		SI	NO	SI	NO
		8	21	7	23
	Porcentaje	26,7	70,0	23,3	76,7

		Padres		Madres	
		SI	NO	SI	NO
Por consejo médico	<i>Frecuencia</i>	22	7	20	10
	<i>Porcentaje</i>	73,3	23,3	66,7	33,3
Por razones físicas, de comodidad, economía	<i>Frecuencia</i>	11	17	13	17
	<i>Porcentaje</i>	36,7	56,7	43,3	56,7
Por razones de cercanía o de afecto	<i>Frecuencia</i>	21	7	30	0
	<i>Porcentaje</i>	70,0	23,3	100,0	0,0
Por ser más natural, más saludable	<i>Frecuencia</i>	29	0	30	0
	<i>Porcentaje</i>	96,7	0,0	100,0	0,0

Lo mas destacable de las respuestas ofrecidas es que, de todas las opciones, tanto padres como especialmente las madres, se decantan por considerar que es lo saludable y natural de la lactancia lo que les lleva a elegir esa forma de alimentación. Llama la atención que el 73,3% de los hombres avalan la lactancia materna por el consejo que les ofrece el médico; mientras que las mujeres también consideran importante el afecto y la cercanía que acompañan a este modo de alimentar.

Tabla 47. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 23 para la muestra de mujeres y hombres.

“¿A qué edad cree que se debe llevar a cabo el destete?”

	Padres		Madres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1-2 meses	0	0,0	0	0,0
3 a 5 meses	1	3,3	1	3,3

	<i>Padres</i>		<i>Madres</i>	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
6 a 8 meses	10	33,3	9	30,0
De los 8 meses en adelante	1	3,3	3	10,0
Cuando ya no sea posible la lactancia	14	46,7	17	56,7
No sabe	4	13,3	0	0,0

Las madres y los padres coinciden con que el destete se debe llevar a cabo cuando ya no se pueda seguir lactando o deje de ser beneficioso para el niño, opción elegida en un 56,7% y 46,7% respectivamente.

Tabla 48. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 24 para la muestra de mujeres y hombres.

“¿Cuándo le dará usted de comer al niño?”

	<i>Padres</i>		<i>Madres</i>	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Cada vez que llore	2	6,7	8	26,7
Con horario fijo	2	6,7	0	0,0
Secuenciando los procedimientos	22	73,3	19	63,3
No sabe	4	13,3	3	10,0

La secuenciación de procedimientos es la elección del 63,3% de las madres y del 73,3% de los padres.

Tabla 49. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 25 para la muestra de mujeres y hombres.

¿Por qué?

		<i>Padres</i>		<i>Madres</i>	
		SI	NO	SI	NO
Por experiencia previa, propia o de otros	<i>Frecuencia</i>	10	17	12	17
	<i>Porcentaje</i>	33,3	56,7	40,0	56,7
Por consejos de especialistas, lecturas, etc.	<i>Frecuencia</i>	19	10	24	5
	<i>Porcentaje</i>	63,3	33,3	80,0	16,7
Por los ritmos biológicos del niño	<i>Frecuencia</i>	20	8	28	1
	<i>Porcentaje</i>	66,7	26,7	93,3	3,3
Por razones psicológicas (hábitos, disciplina ...)	<i>Frecuencia</i>	18	10	18	11
	<i>Porcentaje</i>	60,0	33,3	60,0	36,7
Por razones de salud	<i>Frecuencia</i>	19	9	23	6
	<i>Porcentaje</i>	63,3	30,0	76,7	20,0
Por preferencia o comodidad de los padres	<i>Frecuencia</i>	4	23	2	26
	<i>Porcentaje</i>	13,3	76,7	6,7	86,7

“Los ritmos biológicos del niño”, con porcentajes del 93,3% y 66,7% ha sido la opción a la que mayor valor dan tanto las madres como los padres respectivamente.

Tabla 50. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 26 para la muestra de mujeres y hombres.

“¿Cree usted que la asistencia a un curso sobre lactancia antes del nacimiento del bebé, solucionaría las dificultades que algunas madres encuentran al principio?”

	<i>Padres</i>		<i>Madres</i>	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sí	27	90,0	27	90,0
No	0	0,0	0	0,0
Solucionaría algunas dificultades	3	10,0	2	6,7
No contesta	0	0,0	1	3,3

De acuerdo con los datos, parece evidente que nadie niega que la asistencia a un cursillo de lactancia antes del nacimiento del bebé solucionaría alguna o todas las dificultades que algunas madres encuentran al principio.

Categoría 5: Conocimiento de algunas características y cuidados del bebé

Tabla 51. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 27 para la muestra de mujeres y hombres.

“Desde el nacimiento algunos bebés son más inquietos que otros, algunos son más llorones y otros más tranquilos. ¿De dónde cree usted que surgen estas diferencias?”

		<i>Padres</i>		<i>Madres</i>		
		SI	NO	SI	NO	NC
De la herencia	<i>Frecuencia</i>	11	16	20	5	5
	<i>Porcentaje</i>	36,7	53,3	66,7	16,7	16,7
De cómo ha sido el embarazo	<i>Frecuencia</i>	17	10	21	4	5
	<i>Porcentaje</i>	56,7	33,3	70,0	13,3	16,7
De cómo ha sido el parto	<i>Frecuencia</i>	6	21	15	9	6
	<i>Porcentaje</i>	20,0	70,0	50,0	30,0	20,0
De la atención y cuidados que recibe	<i>Frecuencia</i>	25	2	24	6	0
	<i>Porcentaje</i>	83,3	6,7	80,0	20,0	0,0
Del ambiente familiar	<i>Frecuencia</i>	25	2	25	5	0
	<i>Porcentaje</i>	83,3	6,7	83,3	16,7	0,0
Depende tanto de la herencia como del ambiente familiar.	<i>Frecuencia</i>	17	10	24	2	4
	<i>Porcentaje</i>	56,7	33,3	80,0	6,7	13,3
No sabe	<i>Frecuencia</i>	3		0		
	<i>Porcentaje</i>	10,0		0,0		

Los padres y madres de la muestra optan, en general, por considerar que las diferencias son de origen multifactorial, de modo que las distintas opciones de respuesta son tenidas en cuenta en porcentajes elevados aunque con ligeras diferencias entre ellas.

Tabla 52. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 28 para la muestra de mujeres y hombres.

“¿Cree usted que se puede hacer algo con un bebé muy llorón e intranquilo para que lo sea menos?”

	Padres		Madres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sí	30	100,0	28	93,3
No	0	0,0	1	3,3
No sabe	0	0,0	1	3,3

Tanto los padres como las madres creen mayoritariamente que es posible hacer algo para que un bebé sea menos llorón e intranquilo.

Tabla 53. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 29 para la muestra de mujeres y hombres.

“Si cree que sí, ¿qué cosas se le ocurren?”

		Padres			Madres		
		SI	NO	NC	SI	NO	NC
Cogerle	<i>Frecuencia</i>	19	9	2	28	1	1
	<i>Porcentaje</i>	63,3	30,3	6,6	93,3	3,3	3,3
Darle afecto	<i>Frecuencia</i>	29	1	0	29	1	1
	<i>Porcentaje</i>	96,7	3,3	0,0	96,7	3,3	3,3
Tranquilidad y orden en el hogar (nivel de ruido)	<i>Frecuencia</i>	29	1	0	29	1	1
	<i>Porcentaje</i>	96,7	3,3	0,0	96,7	3,3	3,3
Cuidados físicos (aseo, comida)	<i>Frecuencia</i>	30	0	0	29	1	1
	<i>Porcentaje</i>	100,0	0,0	0,0	96,7	3,3	3,3

Los padres y madres de la muestra optan, en general, por considerar que todos los procedimientos para calmar al niño son válidos pues, como se aprecia

en la tabla, las distintas opciones de respuesta son tenidas en cuenta en porcentajes bastante o muy elevados.

Tabla 54. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 30 para la muestra de mujeres y hombres.

“¿Con qué frecuencia cree usted que se debe coger a los niños?”

		Padres		Madres	
Cogerlo a menudo.	Frecuencia	14		19	
	Porcentaje	46,7		63,3	
Ni mucho ni poco	Frecuencia	2		0	
	Porcentaje	6,7		0,0	
Depende del niño	Frecuencia	14		11	
	Porcentaje	46,7		36,7	

En relación con la frecuencia que se debe tomar el niño en brazos, los padres opinan que se debe “coger a menudo” y que “depende del niño”, con el mismo porcentaje, 46,7%. Las madres comparten los mismos criterios puntuando las alternativas con 63,3% y 36,7% respectivamente.

Tabla 55. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 31 para la muestra de mujeres y hombres.

“¿Por qué?”

		Padres			Madres		
		SI	NO	NC	SI	NO	NC
Por razones de hábito	Frecuencia	12	16	2	9	19	2
	Porcentaje	40,0	53,3	6,6	30,0	63,3	6,6
Por razones emocionales, por afecto	Frecuencia	24	5	1	29	0	1
	Porcentaje	80,0	16,7	3,3	96,7	0,0	3,3
Por tranquilidad y beneficio de los padres	Frecuencia	13	16	1	20	9	1
	Porcentaje	43,3	53,3	3,3	66,7	30,0	3,3
Por tranquilidad y beneficio del niño	Frecuencia	28	1	1	30	0	0
	Porcentaje	93,3	3,30	3,3	100,0	0,0	0,0

Las razones más elegidas son “razones emocionales y de afecto” para las mujeres y hombres en el 96,7% y 80,0% respectivamente. Igualmente, las

madres eligen con el 100,0% y los padres con el 93,3%, la alternativa “tranquilidad y beneficio del niño”

Tabla 56. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 32 para la muestra de mujeres y hombres.

“Vamos a hablar ahora de otras cosas, ¿a qué edad cree usted que empiezan los niños a ver?”

		Padres	Madres
Desde antes de nacer.	Frecuencia	14	17
	Porcentaje	46,7	56,7
Menos de un mes	Frecuencia	8	4
	Porcentaje	26,7	13,3
De mes y medio a tres meses.	Frecuencia	5	8
	Porcentaje	16,7	26,7
No sabe	Frecuencia	3	1
	Porcentaje	9,9	3,3

La opción más escogida por madres y padres es que los niños comienzan a ver “antes de nacer” con un porcentaje respectivo del 56,7% y 46,7%.

Tabla 57. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 33 para la muestra de mujeres y hombres.

“¿Y a qué edad cree usted que empiezan a oír?”

		Padres	Madres
Desde antes de nacer.	Frecuencia	27	30
	Porcentaje	90,0	100,0
Menos de un mes o la cuarentena.	Frecuencia	1	0
	Porcentaje	3,3	0,0
De un mes y medio a tres meses.	Frecuencia	1	0
	Porcentaje	3,3	0,0
No sabe.	Frecuencia	1	0
	Porcentaje	3,3	0,0

El 90% de los hombres que participaron en esta investigación creen que el niño empieza a oír antes de nacer; las madres, por su parte, lo hacen en su totalidad (100% de la muestra).

Tabla 58. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 34 para la muestra de mujeres y hombres.

“¿Cree usted que los niños pequeños (menores de 6 meses) tienen emociones?”

	<i>Padres</i>		<i>Madres</i>	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sí	29	96,7	30	100,0
No	1	3,3	0	0,0
No sabe	0	0,0	0	0,0

Prácticamente todos los padres y madres creen que los niños menores de 6 meses tienen emociones.

Tabla 59. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 35 para la muestra de mujeres y hombres.

“¿Qué es lo que hace que un niño tan pequeño esté alegre?”

		<i>Padres</i>		<i>Madres</i>	
		SI	NO	SI	NO
Bienestar físico	<i>Frecuencia</i>	30	0	30	0
	<i>Porcentaje</i>	100,0	0,0	100,0	0,0
Bienestar emocional	<i>Frecuencia</i>	30	0	30	0
	<i>Porcentaje</i>	100,0	0,0	100,0	0,0
Relaciones con quienes le rodean	<i>Frecuencia</i>	29	1	30	0
	<i>Porcentaje</i>	96,7	3,3	100,0	0,0
Ambiente familiar	<i>Frecuencia</i>	30	0	30	0
	<i>Porcentaje</i>	100,0	0,0	100,0	0,0

Las madres y los padres ven que la alegría del niño tan pequeño puede tener múltiples causas, puesto que prácticamente todas son escogidas por el 100% de los participantes.

Tabla 60. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 36 para la muestra de mujeres y hombres.

“¿Qué es lo que hace que un niño tan pequeño tenga miedo?”

		Padres			Madres		
		SI	NO	NC	SI	NO	NC
Dolor, enfermedad, malestar físico	<i>Frecuencia</i>	21	8	1	23	5	2
	<i>Porcentaje</i>	70,0	26,7	3,3	76,7	16,7	6,7
Incertidumbre, soledad, inseguridad	<i>Frecuencia</i>	27	2	1	26	2	2
	<i>Porcentaje</i>	90,0	6,7	3,3	86,7	6,7	6,7
No tienen miedo	<i>Frecuencia</i>	4	23	3	8	21	1
	<i>Porcentaje</i>	13,3	76,7	10,0	26,7	70,0	3,3
Sustos, ruidos, gritos, sobresaltos	<i>Frecuencia</i>	27	1	2	28	2	0
	<i>Porcentaje</i>	90,0	3,3	6,7	93,3	6,7	0,0
Influencia de los padres, ambiente agresivo	<i>Frecuencia</i>	29	1	0	28	2	0
	<i>Porcentaje</i>	96,7	3,3	0,0	93,3	6,7	0,0
El miedo proviene del propio niño	<i>Frecuencia</i>	10	17	3	14	13	3
	<i>Porcentaje</i>	33,3	56,7	10,0	46,7	43,3	10,0

En esta pregunta la opción más elegida por los padres es la “influencia de los padres, ambiente agresivo”, con un 96,7%. Le siguen con un 90% de preferencia las opciones de “incertidumbre, soledad, inseguridad” y “sustos, ruidos, gritos, sobresaltos”. Las madres, por su parte, eligieron “sustos ruidos, gritos, sobresaltos” e “influencia de los padres, ambiente agresivo” por encima de las demás con un 93,3%.

Tabla 61. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 37 para la muestra de mujeres y hombres.

“Hay padres que prefieren que sus hijos estén muy apegados a ellos, mientras que otros prefieren que sus hijos los quieran pero sean independientes. ¿Qué prefiere usted?”

	Padres		Madres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Dependencia	1	3,3	0	0,0
Independencia	2	6,7	3	10,0
Algo intermedio	17	56,7	16	53,3
Depende de la edad	10	33,3	11	36,7

Tanto padres como madres consideran mayoritariamente que prefieren que sus hijos sean independientes.

Tabla 62. Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la pregunta 38 para la muestra de mujeres y hombres.

“Que el niño sea más dependiente o más independiente, ¿de qué dependerá?”

	Padres		Madres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Herencia	0	0,0	0	0,0
Educación/Ambiente	19	63,3	17	56,7
Interacción de ambos	10	33,3	12	40,0
No sabe	1	3,3	1	3,3

Tanto padres, con un 63,3%, como madres, con un 56,7% optan por considerar que la educación y el ambiente en el que se desarrollan los niños son

la causa de su mayor o menor independencia. Llama la atención el dato de que ningún padre ni madre consideran la herencia como factor principal que pueda estar detrás de que el niño sea dependiente o independiente

Descriptivos Postnatales

Tabla 63. Frecuencias y porcentajes de la presencia del padre en el nacimiento de sus hijos

	Padres que pensaban asistir al parto		Madres que deseaban la presencia de la pareja en el parto		Padres que asistieron al parto	
	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes
SI	26	86.7%	30	100 %	19	65.5%
NO	3	10.0%	0	0%	10	34.5%

Tabla 64. Frecuencias y porcentajes del tipo de parto

	Frecuencias	Porcentajes
Eutócico	20	69,0%
Cesárea	7	24,1%
Cesárea programada	2	6,9%

Tabla 65. Frecuencias y porcentajes de las condiciones del parto.

	Episiotomía		Anestesia		Complicaciones parto	
	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes	Frecuencias	Porcentajes
SI	18	62,1%	26	89,7%	10	34,5%
NO	11	37,9%	3	10,3%	19	65,5%

Tabla 66. Frecuencias y porcentajes del tipo de parto deseado por la madre

	Frecuencias	Porcentajes
Tradicional	5	16,7%
Alternativo	23	76,7%
No sabe	2	6,7%

Tabla 67. Descriptivos relacionados con la lactancia

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Primera puesta al pecho	25	1,00	1440,00	116,0000	284,23406
Subida de la leche	23	2,00	7,00	2,8261	1,40299

Tabla 68. Descriptivos relacionados con el grado de satisfacción con los servicios.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Grado satisfacción atención recibida	28	4,00	10,00	7,9643	1,91934
Grado satisfacción paritorio	28	5,00	10,00	8,3393	1,76412

Hipótesis 1: Se espera encontrar una correlación negativa entre los niveles de ansiedad y el grado de satisfacción de la vida en pareja.

Para tratar de responder a esta hipótesis y establecer la relación entre el grado de satisfacción de la pareja (GSP) y los niveles de ansiedad (ISRA) de las madres y padres expectantes de nuestro estudio, se efectuaron análisis de correlación de Spearman.

Tabla 69. Correlación de Spearman entre los niveles de ansiedad evaluados con la escala total del ISRA y el Total del Grado de Satisfacción de la Pareja (GSP)

			ISRA							
			Total	C	F	M	FI	FII	FIII	FIV
GSP Total	Madre	rho	-.331	-.231	-.301	-.382*	-.307	-.472**	-.150	-.412*
		prob.	.079	.228	.113	.041	.105	.010	.438	.026
	Padre	rho	.019	-.257	-.102	.056	-.181	.017	.015	-.113
		prob.	.925	.187	.606	.777	.356	.930	.940	.568

* p< .05; ** p< .01

C: Ansiedad Cognitiva
F: Ansiedad Fisiológica
M: Ansiedad Motora

FI: Factor I, situaciones que implican evaluación o asunción de responsabilidades.
FII: Factor II, situaciones de interacción social.
FIII: Factor III, situaciones fóbicas.
FIV: Factor IV, situaciones cotidianas.

Los resultados obtenidos, como se puede apreciar en la Tabla 69, nos indican en el caso de las madres que la puntuación total del grado de satisfacción con la pareja es menor cuanto mayor es el nivel de ansiedad en todas sus expresiones. Para los padres encontramos la misma tendencia solo en algunas dimensiones y factores pero sin alcanzar significación estadística.

También efectuamos correlaciones de Spearman entre las diferentes expresiones de la ansiedad en los padres y las madres con los ítems que componen el Cuestionario de Áreas de Compatibilidad-Incompatibilidad de la Pareja (GSP). Los resultados se muestran en la Tabla 70.

Tabla 70. Correlaciones de Spearman que alcanzaron valores de significación estadística entre los niveles de ansiedad, evaluados con la escala ISRA y los ítems que componen el Cuestionario de Áreas de Compatibilidad-Incompatibilidad de la Pareja (GSP).

Items GSP		ISRA							
		Total	C	F	M	FI	FII	FIII	FIV
Compras	<i>padre</i>								.414*
	<i>madre</i>								
Quehaceres familiares	<i>padre</i>								
	<i>madre</i>	.430*							.409*
Cuidados hijos	<i>padre</i>				.410*				
	<i>madre</i>				.513*				.505*
Tiempo de ocio y entretenimiento de los hijos	<i>padre</i>						.414*		
	<i>madre</i>	.459*	.470*	.404*	.565**	.442*	.474*		.576**
Tiempo de ocio y entretenimiento de la familia	<i>padre</i>						.432*		
	<i>madre</i>						.398*		
Tiempo de ocio y entretenimiento adultos	<i>padre</i>	.395*			.449*				
	<i>madre</i>						.378*		.504**

Items GSP	ISRA								
		Total	C	F	M	FI	FII	FIII	FIV
Educación hijos	padre			.417*	.417*		.564**		
	madre								
La política	padre								.413*
	madre								
Intereses culturales	padre								
	madre			.414*		.414*	.417*		.410*
Demostraciones de afecto	padre								
	madre	.506**	.374*	.550**	.451*	.529**	.657**		.519**
Hábitos personales	padre				.400*				
	madre	.389*							
Diferencias Temperamento y personalidad	padre								
	madre	.494**	.504**	.430*	.387*	.404*			.523**
Independencia propia	padre					.491*			
	madre								

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Como se puede apreciar en la tabla 70, existen correlaciones significativas entre 13 de los 38 ítems que componen el Cuestionario de Áreas de Compatibilidad-Incompatibilidad de la pareja y las diferentes expresiones de la ansiedad en los padres y madres. Las relaciones en las que coinciden ambos miembros de la pareja son las que se establecen entre “cuidados de los hijos” y *ansiedad motora* donde se observa una correlación positiva en ambos progenitores; es decir, a mayor frecuencia de problemas en el cuidado de los hijos mayor ansiedad motora en los padres y las madres. Tendencia que se repite entre “tiempo de ocio y entretenimiento tanto de los hijos como de la familia”, donde se obtienen relaciones positivas con el *Factor II* (situaciones de interacción social) tanto en padres como en madres. Finalmente, llama la atención que en el caso de las madres, “tiempo de ocio y entretenimiento de los hijos”, “demostraciones de afecto” y “diferencias temperamento y personalidad”, se relacionan positivamente con casi todas las expresiones de ansiedad evaluadas por la escala ISRA, a excepción del *Factor III* (ansiedad fóbica).

Hipótesis 2: *Se espera encontrar una correlación positiva entre el grado de satisfacción de la vida en pareja y la vinculación prenatal de ambos padres.*

Para determinar la relación entre el grado de satisfacción de la vida en pareja y la vinculación prenatal de ambos padres, efectuamos análisis de correlación de Spearman (véase Tabla 71).

Tabla 71. *Correlación de Spearman entre el grado de satisfacción de la vida en pareja (GSP) y la vinculación prenatal de los progenitores (EVAP).*

EVAP		GSP	
		Madre	Padre
Vinculo Afectivo Total	rho	.003	.082
	prob.	.987	.679
Actitudes embarazo	rho	.169	-.066
	prob.	.390	.740
Relaciones Personales	rho	.061	.236
	prob.	.759	.227
Diferenciación feto y comunicación con él	rho	-.010	-.118
	prob.	.959	.550
Conductas preparativo	rho	-.134	.032
	prob.	.496	.870
Conductas protección	rho	.113	-.099
	prob.	.566	.616
Conductas fantaseo	rho	.071	-.190
	prob.	.718	.333
Experiencias infantiles	rho	.126	-.004
	prob.	.523	.982

Los resultados obtenidos nos permiten observar que la capacidad de ambos progenitores de vincularse afectivamente con el hijo no nacido parece no estar condicionada por el grado de satisfacción que la pareja experimenta en su

vida en común, al no alcanzarse significación estadística para ninguna de las comparaciones efectuadas.

Hipótesis 3: *Se espera encontrar una correlación negativa entre los niveles de ansiedad y la vinculación prenatal de los adultos.*

Para determinar si existían relaciones entre los niveles de ansiedad y la vinculación prenatal de los progenitores, efectuamos análisis Gamma a partir de las Tablas de Contingencia realizadas (véase Tabla 72).

Tabla 72. *Valores de las pruebas ordinales Gamma que alcanzan significación estadística obtenidos con las tablas de contingencia entre los niveles de ansiedad (ISRA) y la vinculación afectiva prenatal de los progenitores (EVAP).*

EVAP		ISRA							
		Total	C	F	M	FI	FII	FIII	FIV
Vinculo Afectivo Total	Padre		-.597*		-.246*	-.644*			-.483*
	Madre	-.815***	-.482*	-.722**		-.558*	-.545*	-.513*	
Actitudes embarazo	Padre								
	Madre	-.544*		-.483*	-.618***	-.469*	-.690***		-.438*
Relaciones Personales	Padre								
	Madre								
Difer. feto y comunic. con él	Padre								
	Madre		-.676*					-.806***	
Conductas preparativo	Padre								
	Madre								

EVAP		ISRA							
		Total	C	F	M	FI	FII	FIII	FIV
Conductas protección	Padre	-.922*	-.700*	-.933**	-.947*		-.896**	-.947*	-.911**
	Madre								
Conductas fantaseo	Padre		-.519*			-.719***	-.476*		
	Madre								
Experiencias infantiles	Padre								
	Madre								

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Las correlaciones que alcanzan significación estadística entre los niveles de ansiedad de los participantes y la vinculación afectiva prenatal presentan una tendencia negativa. Es decir, que en general, cuanto mayor es la ansiedad de los adultos menor es el grado de vinculación alcanzado con el bebé no nacido.

De modo más concreto, en el caso de los padres, tal y como se observa en la Tabla 72, el vínculo afectivo prenatal es mayor cuando menor ansiedad cognitiva y motora experimentan, así como cuando tienen una menor ansiedad debida a la evaluación y asunción de responsabilidades (Factor I) y una menor ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana (Factor IV).

En el caso de las madres, el vínculo afectivo prenatal es mayor cuando presentan menor nivel de ansiedad global, menor nivel de ansiedad cognitiva y/o fisiológica, y cuando tienen una menor ansiedad debida a la evaluación y asunción de responsabilidades, menor ansiedad interpersonal (motivada por interacciones sociales) y menor ansiedad fóbica.

En cuanto a “actitudes ante el embarazo”, sólo se alcanzan correlaciones significativas en el caso de las madres y aquí cabría destacar que se tienen actitudes más positivas ante el embarazo cuando menor es el nivel de ansiedad

total, fisiológica, motora, y cuando menor es la ansiedad producida por la evaluación y asunción de responsabilidades (Factor I), peores relaciones sociales (Factor II) y mayor ansiedad ante la vida cotidiana (Factor IV).

Para comprobar si existían diferencias en las distintas categorías de estrés y de vinculación afectiva prenatal presentados por padres y madres, efectuamos pruebas no paramétricas de Wilcoxon (véanse Tablas 73 y 74 respectivamente).

Tabla 73. *Prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas entre los niveles de estrés de los padres y madres.*

	N	Media	Desviación típica
Madre ISRA Total	30	1,9000	,80301
Madre ISRA Cognitiva	30	2,0333	,80872
Madre ISRA Fisiológica	30	2,1000	,71197
Madre ISRA Motora	30	1,7000	,83666
Madre ISRA Factor 1	30	2,0667	,86834
Madre ISRA Factor 2	30	1,9333	,98027
Madre ISRA Factor 3	30	1,9333	,82768
Madre ISRA Factor 4	30	2,1333	,81931
Padre ISRA Total	28	1,7857	,68622
Padre ISRA Cognitiva	29	1,7931	,61987
Padre ISRA Fisiológica	29	1,6897	,60376
Padre ISRA Motora	28	1,7500	,79931
Padre ISRA Factor 1	28	1,8214	,54796
Padre ISRA Factor 2	28	1,6071	,68526
Padre ISRA Factor 3	28	1,7500	,58531
Padre ISRA Factor 4	28	1,8214	,77237

	Padre ISRA Total - Madre ISRA Total	Padre ISRA Cognitiva - Madre ISRA Cognitiva	Padre ISRA Fisiológica - Madre ISRA Fisiológica	Padre ISRA Motora - Madre ISRA Motora	Padre ISRA Factor 1 - Madre ISRA Factor 1	Padre ISRA Factor 2 - Madre ISRA Factor 2	Padre ISRA Factor 3 - Madre ISRA Factor 3	Padre ISRA Factor 4 - Madre ISRA Factor 4
Z	-,737(a)	-1,186(a)	-2,056(a)	-,021(b)	1,543(a)	1,432(a)	,617(a)	1,802(a)
Sig. Asintot. (bilateral)	,461	,236	,040*	,983	,123	,152	,537	,072

a Basados en los rangos positivos.

b Basados en los rangos negativos.

c Wilcoxon Signed Ranks Test

Los resultados solo alcanzan significación estadística en la comparación de padres y madres dentro de la categoría de ansiedad fisiológica, siendo las madres las que alcanzan puntuaciones más altas. Tendencia que se observa también en el resto de categorías.

Tabla 74. Prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas entre los niveles de vinculación afectiva prenatal de los padres y madres.

	N	Media	Desviación Típica
Madre Vinculo Afectivo Prenatal Total	29	3,6552	,61388
Madre Actitudes ante embarazo	29	5,0345	,90565
Madre Relaciones Personales	29	4,9655	,73108
Madre Diferenciación feto y comunicación con él	29	5,6897	,47082
Madre Conductas preparativo	29	5,7931	,41225
Madre Conductas protección	29	4,8621	,74278
Madre Conductas fantaseo	29	5,0690	,52989
Madre Experiencias Infantiles	29	4,3793	1,26530
Padre Vinculo Afectivo Prenatal Total	29	3,4828	,68768
Padre Actitudes ante embarazo	29	5,3448	,72091
Padre Relaciones Personales	29	5,0345	,94426

	N	Media	Desviación Típica
Padre Diferenciación feto y comunicación con él	29	4,9310	1,09971
Padre Conductas preparativo	29	5,1034	,67320
Padre Conductas protección	29	4,8276	,71058
Padre Conductas fantaseo	29	4,5517	1,12078
Padre Experiencias Infantiles	29	5,1379	,51576

	Padre Vínculo Afectivo Prenatal Total - Madre Vínculo Afectivo Prenatal Total	Padre Actitudes ante embarazo - Madre Actitudes ante embarazo	Padre Relaciones Personales - Madre Relaciones Personales	Padre Diferenciación feto y comunicación con él - Madre Diferenciación feto y comunicación con él	Padre Conductas preparativo - Madre Conductas preparativo	Padre Conductas protección - Madre Conductas protección	Padre Conductas fantaseo - Madre Conductas fantaseo	Padre Experiencias Infantiles - Madre Experiencias Infantiles
Z	-,915(a)	-1,180(b)	-,326(b)	-3,144(a)	-3,507(a)	-,545(a)	-2,214(a)	-2,954(b)
Sig. Asintot. (bilateral)	,360	,238	,744	,002**	,000***	,586	,027*	,003**

a Basados en los rangos positivos.

b Basados en los rangos negativos.

c Wilcoxon Signed Ranks Test

En este caso, de nuevo, observamos que las madres presentan valores más elevados en las categorías de vinculación prenatal, alcanzando la significación estadística únicamente en las subescalas: “diferenciación con el feto y comunicación con él”, “conductas de preparativo” y “conductas de fantaseo”.

Las variables del ISRA también se han analizado en relación con todas las subescalas del EVAP, mediante análisis de regresión canónica. Sólo en el caso de las madres se obtuvieron resultados significativos y el porcentaje de varianza explicada fue del 13, 21% (véase Figura 1 y Tabla 75).

Figura 1. Relaciones entre la vinculación afectiva prenatal y los niveles de ansiedad cognitiva, fisiológica y motora de las madres

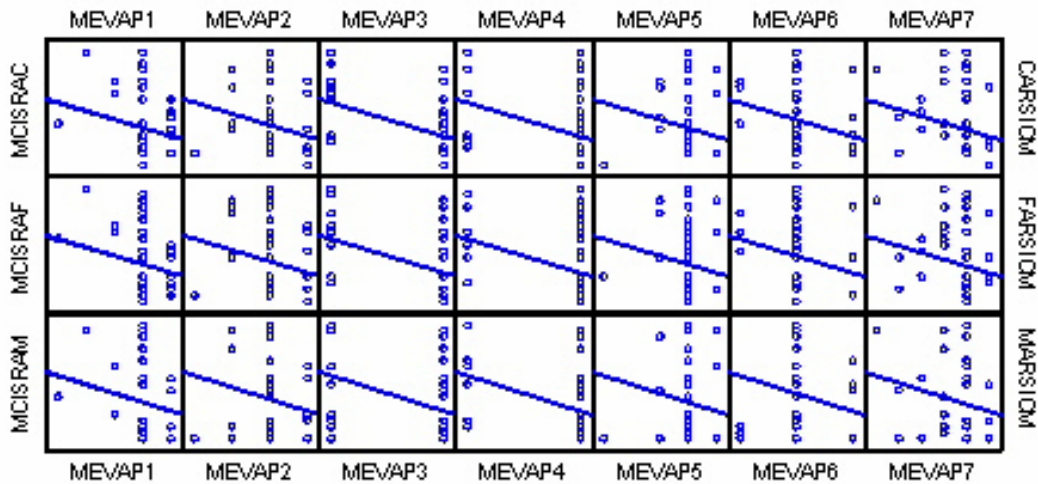


Tabla 75. Análisis de correlación canónica entre la vinculación afectiva prenatal y los niveles de ansiedad cognitiva, fisiológica y motora de las madres.

	EVAP		
	χ^2 (G.L.)	Prob.	R ² aj.
ISRA	36,177 (21)	0.021*	0,1321

G.L. = grados de libertad. * = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; *** = $p \leq .001$.

Estos resultados indican que, a nivel global, existe una correlación negativa entre las variables de ansiedad de las madres y el grado de vinculación prenatal con sus hijos. Concretamente, a mayor ansiedad materna menor vinculación con el nonato.

Hipótesis 4: Se espera encontrar una relación negativa entre el nivel de ansiedad de las madres y la salud del recién nacido.

Para comprobar si existía una relación negativa entre las variables de ansiedad de las madres y las variables de salud del recién nacido, efectuamos un análisis de correlación canónica (véase Figura 2 y Tabla 77)

Figura 2. Relaciones entre los niveles de ansiedad cognitiva, fisiológica y motora de las madres y las medidas de salud del recién nacido

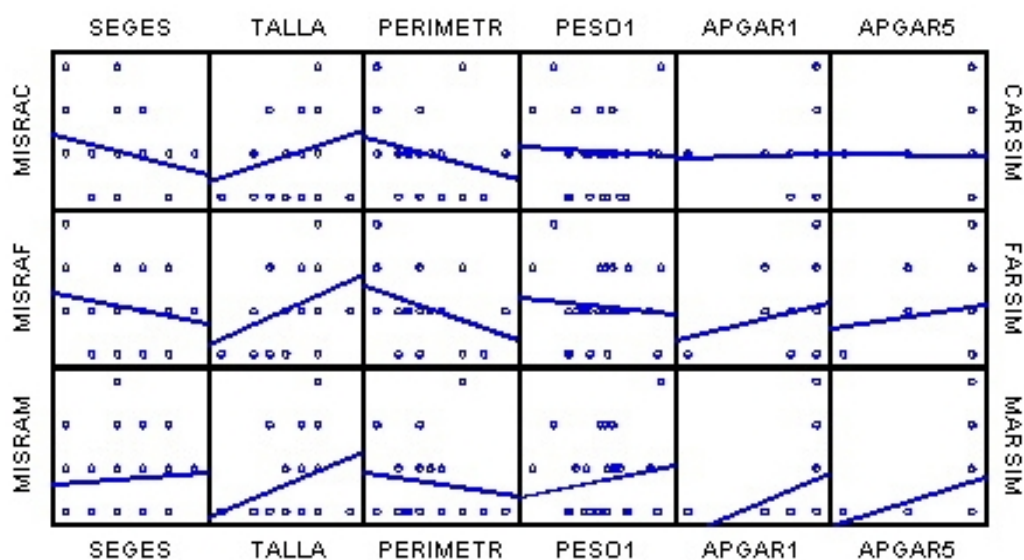


Tabla 77. Análisis de correlación canónica entre los niveles de ansiedad cognitiva, fisiológica y motora de las madres y las medidas de salud del recién nacido.

	Salud del recién nacido		
	χ^2 (G.L.)	Prob.	R ² aj.
ISRA	32,349 (18)	0.020*	0,1976

G.L. = grados de libertad. * = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; *** = $p \leq .001$.

Nuestros resultados indican que, a nivel global, existe una correlación negativa entre las variables de ansiedad de las madres y las variables de salud del recién nacido. Concretamente, a menores niveles de ansiedad materna mejores medidas neonatales de sus hijos, siendo el porcentaje de varianza explicada del 19,76%.

Hipótesis 5: *Se espera encontrar una relación positiva entre la vinculación prenatal y la salud del recién nacido.*

Con el fin de comprobar si existía una relación positiva entre la vinculación prenatal evaluada con el EVAP y las medidas de salud del recién nacido, efectuamos un análisis de correlación canónica (véase Tabla 76).

Tabla 76. *Análisis de correlación canónica entre la vinculación afectiva prenatal de las madres y las medidas de salud del recién nacido.*

	Salud del recién nacido		
	χ^2 (G.L.)	Prob.	R ² aj.
EVAP	36,537(42)	.709	

G.L. = grados de libertad. * = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; *** = $p \leq .001$.

Como se puede observar, no se alcanzó la significación estadística, por lo que nuestros resultados no nos permiten afirmar que exista asociación entre estos dos grupos de variables.

Capítulo 9

Discusión y Conclusiones

A lo largo de este trabajo hemos defendido que el embarazo es un proceso que abarca embarazo ↔ vida prenatal ↔ parto ↔ nacimiento ↔ postparto ↔ adaptación al nuevo medio ↔ crianza, que las circunstancias de cada una de estas etapas, atañen tanto a la mujer como al hombre y por supuesto al bebé antes y después de su nacimiento. También hemos destacado la necesidad de tener en cuenta, en la misma medida, los aspectos biológicos↔psicológicos↔sociales de dicho proceso.

En el capítulo anterior hemos expuesto los resultados de los diferentes análisis estadísticos utilizados para lograr los objetivos planteados. Consecuentemente, en este capítulo corresponde discutir dichos resultados, reflexionar sobre ellos y relacionarlos entre sí. Por lo tanto en este apartado trataremos de enlazar nuestros resultados con los de otras investigaciones, haremos propuestas útiles para el trabajo de prevención y promoción de la salud durante el embarazo con los padres y madres tempranos en la práctica profesional.

9.1. Niveles de ansiedad en las parejas participantes

El primer objetivo que nos planteamos era describir y analizar los niveles de ansiedad en las parejas en espera del nacimiento del hijo. Nuestros resultados, desde un punto de vista descriptivo y a nivel global nos permiten comprobar que los niveles de ansiedad, tanto en los hombres como en las mujeres de nuestra muestra, son moderados en prácticamente todas sus formas de expresión estudiadas. No hemos encontrado diferencias significativas entre los sexos en cuanto a estas manifestaciones se refiere.

No obstante, nos llama la atención el hecho de que las mujeres presentasen unos niveles medios de ansiedad más altos que los hombres en todas las formas de expresión de la misma, excepto en la ansiedad motora. Estos resultados los consideramos importantes porque aunque se encuentra dentro de lo esperable, ya que es la mujer quien vive a nivel bioquímico de forma directa este proceso de embarazo, contradicen sin embargo los resultados de Entwistle y Doering, (citado en Parke, 1981) quienes encontraron que los maridos, durante el embarazo de sus mujeres, presentaban niveles de ansiedad más altos que ellas.

Otro aspecto a resaltar de nuestros resultados sería el nivel moderado de ansiedad fisiológica encontrado tanto en hombres como en mujeres ya que si tenemos en cuenta que uno de los posibles indicadores de la presencia de ansiedad fisiológica es la frecuencia de vómitos y náuseas, nuestros resultados contrastan con los obtenidos en los trabajos de Shih-Hsien et al. (2007) y los de Swallow et al. (2002 y 2004). Estos resultados tampoco están en consonancia con los obtenidos por López-Valverde et al. (2001) ya que destacan una prevalencia de síntomas ansiosos en las mujeres embarazadas.

Como hemos destacado con anterioridad, las mujeres y los hombres participantes en nuestro estudio presentaron unos niveles moderados de ansiedad y, si esto es así, nuestros resultados también difieren de los de Singh y Saxena (1991) y Sailaja y Swaminathan (1992), quienes afirman la presencia de ansiedad en las mujeres embarazadas.

Probablemente, uno de los factores que contribuyen a obtener tendencias más bajas de ansiedad en nuestra investigación es que la mayoría de mujeres asistían a clases grupales de preparación al parto, con una periodicidad semanal y con una duración aproximada de dos meses, en las cuales se abordaban diferentes técnicas de relajación y estrategias de “empoderamiento” (fomento y/o mejora de las diversas, actitudes/capacidades personales y sobre todo las cognitivas necesarias para mantenerse saludables), entre otros. Aunque en este trabajo no tratamos de medir el efecto de dichas clases, sí pensamos que son muy efectivas, como indican los trabajos de Horvath, (1999), Llavona (1985), Pelechano (1982) y Rodrigues (2001). Nos interesa añadir que la efectividad será mayor cuando los contenidos impartidos y el tiempo de duración estén diseñados para acompañar a ambos miembros de la pareja.

Otra posible causa del bajo nivel de ansiedad encontrado podría ser atribuible a las condiciones sociolaborales y familiares especiales, es decir, que el nivel de estudios de las participantes era alto, que la mayoría de ellas estaban trabajando, que no habían tenido hábitos tabáquicos y que el embarazo se produjo de forma rápida. Todos estos aspectos corroboran los resultados obtenidos por Lederman (1995); sin embargo, desde nuestra perspectiva, esto será así siempre y cuando el status laboral de la mujer no sea fuente de estrés.

En relación con las posibles causas del bajo nivel de ansiedad encontrados en los hombres, nuestros resultados tampoco coinciden con los de Masoni, et al. (1994); Shapiro (1990) y de Santos et al. (1996). En este caso, la asistencia de la

mayoría de los hombres a las clases grupales de preparación, ha podido servir de factor de protección, al igual que ocurría en el caso de las mujeres, en las cuales, además de los contenidos ya mencionados, también se trataron los aspectos de los sentimientos de incertidumbre, cuestiones existenciales, preocupaciones y temores por el desenlace final del embarazo, miedos irracionales, aislamiento percibido por la cercanía madre-hijo no nacido, que algunos hombres experimentan como ansiógenos, entre otros. Todos los aspectos mencionados concuerdan con los encontrados en el trabajo de Shapiro (1990). Junto a las variables compartidas por nuestros participantes, a saber, la ausencia de hábito tabáquico y el corto tiempo necesario para conseguir el embarazo, añadimos como factor de protección frente a una elevada ansiedad en los hombres de nuestra muestra, el hecho de que sólo una minoría de las parejas necesitaran recurrir a los servicios de reproducción asistida, pues los casos de infertilidad masculina, según los resultados del estudio de Edelman et al (1994), es causa de ansiedad.

9.2. Grado de satisfacción con la pareja

Respecto al segundo objetivo, es decir, en cuanto al grado total de satisfacción con la pareja durante el último trimestre de embarazo, nuestros resultados indican que más del 96% de los hombres y de las mujeres que participaron en este estudio se sienten satisfechos o muy felices con su vida en pareja. En cuanto a las actividades, concretas, que hacen que la relación de pareja resulte más satisfactoria, ya que no suponen un problema para ninguno de los miembros son: compartir las tareas domésticas, los quehaceres familiares, las relaciones sociales, la educación de los hijos (cuando los había), las creencias religiosas, las ideas políticas, los intereses culturales, las demostraciones de afecto, las relaciones sexuales, los celos y sobretodo la independencia propia y del otro. Para las mujeres también son importantes las cuestiones relativas a las finanzas y la economía, las compras, el trabajo de su pareja, los gustos, el cuidado

de los niños, la filosofía de vida, la salud, valores y criterios morales y la no existencia de relaciones extramatrimoniales. En el caso de los hombres son importantes para sentirse satisfechos con su pareja: los tiempos de ocio con la familia, las amistades, el control de la natalidad, el cuidado físico, las relaciones con familiares próximos y las diferencias de temperamento y personalidad. Nos resulta curioso, y por ello queremos destacarlo, que con estos datos se pueden apreciar algunos estereotipos sociales como la mayor preocupación de la mujer por los temas económicos (finanzas, compras, trabajo), cuidado de los niños y fidelidad, mientras que para los hombres lo importante son las relaciones sociales y el cuidado físico. Pensamos que este grado de satisfacción que existe en las parejas de la muestra estudiada también puede haber repercutido sobre las expresiones de ansiedad, tanto en los hombres como en las mujeres, porque actúa como un factor protector. Así, nuestros resultados e interpretación apoyan los encontrados por Cowan y Cowan (1992), Hobfoll y Leiberman (1989), Kalil y cols. (1993) y Zimmerman-Tanzella, Bertagni et al. (1994). Por otro lado, debemos considerar los resultados de Ohman et al. (2003), en los que encontraron que algunas de las mujeres por ellos estudiadas consideraban como fuente de preocupación la relación con la pareja y que el marido asistiera al parto. Datos que contrastan con los obtenidos por nosotros, ya que en nuestra muestra las mujeres no solo se encontraban satisfechas con su relación con la pareja, sino que sabían, en su gran mayoría, que el marido estaba dispuesto a asistir al parto.

En este sentido, se pone de relieve la enorme importancia que adquiere trabajar sobre la relación de pareja, y que esta labor conlleve contenidos en los que se preste apoyo a los dos miembros de la misma en espera del nacimiento del hijo o hija, a fin de cambiar, reforzar o mejorar el grado de satisfacción percibida en su relación marital.

9.3. Vinculación afectiva prenatal en padres y madres

Con el tercer objetivo hemos querido conocer a nivel general, el grado de vinculación afectiva prenatal de “los padres y madres tempranos”. Nuestros resultados indican desde un punto de vista descriptivo que el grado de vinculación prenatal tanto en hombres como en mujeres es similar, oscilando de alto a moderado. Datos que corroboran los resultados obtenidos por Condon (1985) quien destacaba que “los padres y madres tempranos” piensan y sienten al hijo no nacido de forma similar.

No obstante, si nos centramos en cada una de las subescalas que nos proporciona esta información global, resulta curioso que los hombres en los indicadores de las “actitudes ante el embarazo”, presentan valores más altos que las mujeres. Esto quizás sea debido al hecho de que algunos de los factores implicados son demandas biológicas referidas, exclusiva y directamente a la mujer (la primera falta, molestias, cambio en la estética corporal...), mientras a lo que a que ellos se refiere, en dicho contexto biológico, solo son meros testigos de estas circunstancias.

En cuanto a los indicadores de la subescala “relaciones personales”, de nuevo observamos que son más elevados para los hombres que para las mujeres en la categoría “muy alta”. En esta ocasión, los ítems incluyen, entre otros, las apreciaciones que hacen los varones sobre sí mismos en el ámbito de las relaciones interpersonales con niños y adultos, y también cómo piensa que será la futura relación con el bebé una vez que nazca. Así, encontramos que los hombres de nuestra muestra se consideran mejores que otros en el análisis que

hacen de si mismos, se valoran capaces como padres, piensan que lo harán bien con el hijo recién nacido, y además prevén que gustarán a sus bebés en un porcentaje más alto que las madres.

La “diferenciación del feto y comunicación con él”, es una subescala en la que las madres obtienen una puntuación más elevada que los padres en la categoría “muy alta”, lo cual era de esperar pues se refiere a cómo se sienten al percibir los movimientos del bebé, si se le habla, o se le acaricia, a través del abdomen. No obstante, los hombres puntúan el doble que las mujeres, en la categoría “alta”; ello nos permite deducir que quizás los hombres acarician el abdomen de la mujer, que van a clases..., pero no con la frecuencia con la que lo hacen las mujeres, lo que es lógico, al ser ellas quienes los llevan en su cuerpo durante todo el período de gestación. En cuanto a la subescala “diferenciación con el feto y comunicación con él”, la categoría alta aparece en el 30,0% de las mujeres, y en el caso de los hombres el 60,0%. Sin embargo, en la categoría muy alta las mujeres se vinculan con el bebé no nacido en un 66,7% y en el caso de los hombres solo en un 23,3%.

En la subescala de “conductas de preparativo”, encontramos que las madres, aunque de forma residual, puntúan más en la categoría “muy alta”; mientras que los hombres puntúan más que las mujeres en la categoría “alta”. En esta subescala los elementos que la componen son: si se ha elegido un nombre para el niño, si se va a clases de preparación al parto, si se han preparado cosas para el nacimiento del bebé, si se ha recogido información y si se ha pensado en la alimentación del bebé, y de nuevo nos encontramos con que muchas de estas cuestiones empiezan a ser compartidas por ambos padres. Eso quizá sea debido a la práctica desaparición de los estereotipos en los que hasta ahora mujeres y hombres vivían estas experiencias.

Las “conductas de protección” son “altas o muy altas” tanto en los hombres como en las mujeres. Una vez más, podemos inferir que ambos son protagonistas y/o facilitadores de esas condiciones, a lo que probablemente está contribuyendo la cada vez mayor igualdad en los roles de cada sexo. En esta subescala los ítems hacen referencia a los cuidados de la gestante en cuanto a sus hábitos de alimentación, evitación de las actividades que puedan resultar peligrosas, fatigarse en exceso...por tanto, valoramos muy positivamente los resultados obtenidos en nuestra muestra, ya que defendemos que todos los cuidados dirigidos hacia la madre, incluyendo mantener los niveles de ansiedad en moderado o mínimo, repercuten en el cuidado y protección del hijo en gestación.

En la subescala “conductas de fantaseo” encontramos que las puntuaciones son más elevadas en el caso de las mujeres que en el de los hombres, tanto en la categoría “alta” como “muy alta”. Estos resultados están dentro de lo esperado, puesto que las mujeres son quienes, constantemente, sienten a nivel físico la “presencia” del hijo, y ello puede favorecer que imaginen cómo es el bebé en cada momento, mientras que los hombres, en este sentido, están limitados a los momentos en que están junto a su mujer y quizá solo en privado. Por ello, inferimos que, todavía, nos faltan modelos sociales que puedan influir, positivamente, en el modo que se exteriorizan dichos gestos en nuestra sociedad actual.

Finalmente, respecto a la subescala “experiencias infantiles”, los hombres puntúan más alto que las mujeres, tanto en la categoría “alta” como “muy alta”. Concretamente, son ellos quienes tienen los recuerdos más positivos tanto de la infancia como de las relaciones con sus propios padres.

9.4. Ideas de los padres y de las madres sobre el nonato y el recién nacido.

Respecto al objetivo relacionado con las ideas que tienen tanto los padres como las madres de nuestra muestra sobre el nonato y el recién nacido, destacamos que en lo referente a las fuentes de obtención de información, la totalidad de las parejas opinaron que era importante estar informado sobre los diferentes aspectos del embarazo; no obstante, eran las mujeres las que buscaban más información sobre el tema. La fuente preferida para la obtención de dicha información fue la lectura de libros o revistas especializadas y también la asistencia a cursos de preparación al parto. Pensamos que estos resultados pueden explicarse, al menos en parte, por el tipo de ofertas de formación existentes, dirigidas de forma mayoritaria a las mujeres gestantes; hecho que motiva que muchas veces los padres se queden fuera de dicha oferta.

En esta búsqueda de información creemos que un dato a destacar es el hecho de que cuando se ha pedido consejo a otras personas, las madres han recurrido de forma mayoritaria no solo al médico, sino también a familiares y amigos; ello podría indicarnos la conveniencia de poner a la disposición del público en general, desde un punto de vista divulgativo, las actualizaciones sobre cuestiones relacionadas con el embarazo como proceso.

Otro dato que pensamos puede resaltarse es que, cuando se han leído libros o revistas, casi la totalidad de las madres manifiestan que recuerdan cosas concretas; eso quizás sea debido al tipo de contenidos que ofrecen dichos medios en el mercado actual, en los cuales encontramos una gran cantidad y combinación de información, tales como detalles de pruebas diagnósticas y detalles de intervenciones médicas junto a los aspectos concretos, y ello quizá indique lo que realmente busca el lector.

Sobre el conocimiento de algunos aspectos del desarrollo del nonato, tanto padres como madres piensan, en su mayoría, que los bebés cuando están dentro del vientre de la madre ya son capaces de oír a los 7 meses. Opinan que la personalidad del bebé es algo que se desarrollará plenamente y se verá influenciada por el medio en el que vive el niño después del nacimiento. También piensan que existe una relación entre cómo se siente la madre embarazada y cómo se encuentra el bebé, manifestando que esa relación está vinculada al estado de ánimo de la madre. Todo ello les lleva a considerar que la madre debe cuidarse físicamente, buscar estados de ánimo apacibles, realizar cursos de preparación, buscar atención y asesoramiento psicológico porque todo ello beneficiará al niño antes de nacer; y también opinan que deben evitar los esfuerzos físicos y las tensiones psicológicas ya que ello afectaría negativamente al bebé.

En cuanto a las expectativas sobre el papel del padre en la etapa prenatal, tanto hombres como mujeres opinan que el varón tiene un rol importante en el bienestar de su pareja durante el embarazo. Valoran mayoritariamente, como contribución fundamental del hombre, dar apoyo y atender a la madre. A primera vista, puede sorprender que la opción “atenciones físicas, por ejemplo no fumar” haya sido valorada por ambos padres como nada importante. No obstante, ello parece ser debido a que los participantes, en su mayoría, no eran fumadores y es por ello que aprovechamos esta reflexión para insistir en la necesidad de que se siga haciendo hincapié en los problemas de salud causados por hábito de fumar y las nefastas consecuencias sobre el niño en gestación.

Las parejas también creen, de forma mayoritaria y unánime que es bueno y aconsejable que el padre acompañe a la madre durante el parto para evitar nervios, molestias y angustias, y para beneficio del niño; no obstante, y como

hemos visto anteriormente en el apartado de los resultados, son pocos los padres que están en el paritorio en ese momento crucial. Sin embargo, al igual que Horvath, (1999) y Nejad (2005), defendemos los beneficios de la presencia de los padres en el parto de la mujer por varias razones: porque es su derecho, porque fortalece la relación de pareja en el nacimiento del hijo, porque es uno de los factores que contribuye en la relación padre-hijo, y además, porque favorece la asunción de la responsabilidad del nuevo rol de padre. Por todo ello, sería importante facilitarles, a los padres, el acompañar y vivir en primera persona los acontecimientos de una de las más impactantes transiciones de la vida adulta.

Otra idea previa de los padres y madres participantes en este estudio que queremos resaltar por su gran importancia es la referente al tema de la lactancia. Nuestros resultados revelan que casi la totalidad de padres y madres están de acuerdo en alimentar el niño al pecho, y lo justifican con las siguientes razones: afecto o cercanía, por ser natural o saludable, por consejo médico y otros por razones psicológicas. En este sentido, cabe recordar que el hecho de que el padre muestre una actitud positiva en cuanto a la alimentación del bebé al pecho durante el embarazo coincide con los resultados de Lee (2004) y Arora et al. (2000), quienes concluyen que dicha actitud del padre influye para que el bebé reciba lactancia materna durante al menos, 6 meses. Todo ello hace que nuestros resultados sean muy alentadores y también nos apuntan hacia la necesidad de incluir al padre temprano en los programas de fomento de la lactancia materna.

Además, resaltamos que casi la totalidad de padres y madres piensan que la asistencia a un curso sobre lactancia antes del nacimiento del bebé podría solucionar y reducir dificultades que se puedan dar.

Las ideas sobre lactancia que tienen la mayoría de los padres y madres de nuestra muestra parecen estar bastantes claras y acertadas. No obstante, en lo que concierne al destete, ya no encontramos unanimidad a la hora de decidir el mejor momento para destetar al bebé. En este sentido, un porcentaje importante de nuestros participantes opinan que el destete se debe dar cuando ya no sea posible la lactancia natural y, en todo caso, que se debe destetar al niño entre los 6 y los 8 meses. Algunos padres, no obstante, manifiestan no saber cual es el mejor momento para retirar la alimentación al pecho, opinión esta que no se detecta en ninguna de las madres estudiadas.

De ahí que infiramos que dada la importante influencia de la actitud y opinión de los padres respecto al éxito y duración de la lactancia, sea necesario informar, a los padres, sobre las recomendaciones de la OMS en cuanto a lactar de forma exclusiva hasta los 6 meses, y al introducir otros alimentos, seguir haciéndolo hasta los 12 o 24 meses siguiendo los criterios de fomento de la salud infantil de la Declaración de los Inocentes, (1999).

Otro factor que destacamos en nuestros resultados es lo que concierne a las ideas de los padres y madres sobre los horarios de alimentación. En este sentido, la muestra opina, en su mayoría, que se deben secuenciar los procedimientos de demanda y horario fijo y al ser preguntados por qué, la contestación ha sido que dichos horarios deben seguir “los ritmos biológicos del niño”; ello concuerda con las recomendaciones de la OMS y la UNICEF de que los primeros seis meses se amamante el bebé “a demanda”, es decir con la frecuencia que el bebé se muestre dispuesto a alimentarse.

Finalmente, respecto al conocimiento de características y cuidados del bebé, cabe señalar que los resultados obtenidos con nuestros participantes indican que tanto los padres como las madres poseen un buen conocimiento de las características y cuidados de un bebé. Así por ejemplo, ambos progenitores

piensan que unos bebés son más inquietos que otros debido, fundamentalmente, al ambiente familiar y la atención y cuidados recibidos; en menor medida también piensan que tiene influencia el hecho de cómo haya sido el embarazo así como las variables hereditarias.

A la hora de intervenir sobre esta variable conductual todos tienen claro que es algo sobre lo que se puede actuar para conseguir que disminuya ese estado de inquietud. Concretamente, nuestros participantes piensan que dándole afecto, tranquilidad y cuidados físicos apropiados, así como proporcionar un ambiente organizado contribuiría a disminuir la inquietud del niño. En este sentido, también merece la pena señalar que las madres opinan de forma casi unánime que coger al bebé en brazos puede ser una buena estrategia, aspecto que no es ampliamente compartido por los padres. Los argumentos que se aducen son, por un lado, que cogiendo al niño en brazos produce una mayor tranquilidad y por tanto beneficio para el niño; sin embargo, en otros casos la argumentación es por razones de afecto y/o emocionales.

En lo referente a si los progenitores piensan que los bebés experimentan emociones, la casi totalidad de padres y la totalidad de las madres opinan que sí, y todos coinciden en que las expresiones de alegría se producen tanto por el bienestar físico como por el emocional que experimentan los niños, sin desdeñar el ambiente y las relaciones de las personas que les rodean. En cambio, para las manifestaciones de miedo ya no está tan clara la causa en las madres y los padres, si bien ambos coinciden de forma mayoritaria en que entre las causas se pueden encontrar los sustos, ruidos, gritos o sobresaltos, y también la influencia de aquellos padres que presentan un ambiente agresivo o que generen incertidumbre, soledad e inseguridad en los niños.

En cuanto al grado de dependencia o independencia de los niños, ambos progenitores destacan que debe ser algo intermedio y que dependerá de la edad de los niños. Opinan que el factor que más peso tendrá en la construcción de este aspecto del desarrollo social será el de los patrones educativos a los que se vean expuestos.

Nosotros no solo valoramos positivamente las ideas previas de nuestros participantes sobre el nonato y el recién nacido, sino que promovemos este tipo de información en los cursos de acompañamiento del embarazo.

9.5. Condiciones de las madres en el postparto y de los neonatos en relación con las variables expuestas.

Por último, en cuanto el análisis de los datos posparto, queremos comenzar destacando que, en nuestros participantes, a pesar de que la totalidad de las madres deseaban la presencia de su pareja en el parto, encontramos que del 86,7% de los padres que pensaban asistir al nacimiento de sus hijos, el 65,5% lo hicieron. Los resultados obtenidos parecen indicar que dichas ausencias estuvieron motivadas por los protocolos hospitalarios, los cuales no permiten la presencia del padre en el paritorio desde el momento en que aparece la más pequeña complicación y/o necesidad de efectuar una cesárea.

Otros datos importantes a comentar referidos a las madres son que la mayoría de los partos han sido eutócicos, que se ha efectuado una gran cantidad de episiotomías y que prácticamente la totalidad de las participantes ha recibido como anestésico/analgésico la epidural. No obstante, se produjeron algunas complicaciones en el parto, incluyendo las cesáreas efectuadas.

Preguntadas si pudieran cambiar algo de como fue su parto qué cambiarían, la mayoría de las participantes respondieron que hubiesen elegido un parto alternativo. Aún así, el grado de satisfacción en paritorio obtuvo una media de 8,33 dentro de un rango de 5 a 10; y en cuanto a la atención de todos los servicios recibidos el rango estaba entre 4 y 10, con una media de 7,9 de grado de satisfacción.

Finalmente, también queremos mencionar en este apartado que el tiempo que tardaron las madres en ponerse el bebé al pecho tras el nacimiento está dentro del rango de 1 a 140 minutos. Los resultados relativos a la primera puesta al pecho, en cierta medida, están en consonancia con las recomendaciones de la OMS y la UNICEF y con la descripción de Martínez y Chaure (2009), del primer periodo de reactividad, que dura 30 minutos, y en el que el reflejo de succión es enérgico a causa de la extrema actividad del recién nacido.

En cuanto a la subida de la leche las mujeres informan que la tuvieron, por término medio, casi 3 días después de nacer el bebé.

No obstante, queremos advertir que somos conscientes, de cara a las interpretaciones que se puedan realizar, que tanto el tamaño como las características de la muestra con la que hemos trabajado no permiten extrapolarlas a todas las familias que se encuentran en alguna de las etapas del proceso de embarazo anteriormente descrito.

Sin embargo, sí utilizaremos los resultados del presente trabajo como guía y tendencia de nuestra línea de investigación.

Discusión Hipótesis 1.

Se espera encontrar una correlación negativa entre los niveles de ansiedad y el grado de satisfacción de la vida en pareja.

Los resultados obtenidos con nuestros participantes indican que cuanto menor es el grado de satisfacción que perciben o experimentan las mujeres y los hombres con sus parejas, mayores son los niveles de ansiedad experimentados en todas sus manifestaciones (subescalas cognitiva, fisiológica, motora y factores, I, II, III, IV).

En el caso del grado de satisfacción total, las mujeres de forma significativa dan respuestas de ansiedad a través de la subescala “motora”, la cual refleja la ansiedad a través de movimientos repetitivos, fumar, beber, y/o comer en exceso, moverse y hacer cosas sin una finalidad concreta, entre otros, también correlaciona significativamente con el “Factor II”, que muestra la ansiedad provocada por situaciones de interacción social... y con el “Factor IV”, que indica la ansiedad proveniente de situaciones de la vida cotidiana.

Concretamente, y según se desprende de nuestros datos, parece ser que los problemas de pareja que mayor niveles de ansiedad producen, en el caso de las madres, son los relacionados con las demostraciones de afecto, las diferencias de temperamento y personalidad, el tiempo de ocio y entretenimiento de los hijos. También son focos de ansiedad los intereses culturales, los quehaceres familiares, el cuidado de los hijos, el tiempo de ocio y entretenimiento de los adultos y la familia, y los hábitos personales.

En el caso de los padres, la relación entre el grado de satisfacción total con la pareja y los niveles de ansiedad, no se produce en todas sus manifestaciones,

ni tampoco aparece de forma significativa en ninguno de los casos. Sin embargo, cuando nos centramos en los resultados obtenidos en cada uno de los items propuestos, los temas de pareja que producen aumento de ansiedad en los hombres están relacionados fundamentalmente con la educación de los hijos y también con el tiempo de ocio y entretenimiento de los adultos, de la familia y de los hijos, la política, las compras, los hábitos personales y la independencia, así como los cuidados de los hijos.

Es curioso comparar los motivos de ansiedad, debidos al grado de compatibilidad-incompatibilidad de la pareja en hombres y mujeres, pues nos permite observar unas tendencias de respuesta que parecen apuntar, de nuevo, hacia algunos estereotipos todavía existentes en nuestra sociedad, como son el hecho de que a las mujeres les preocupen, sobre todo, las demostraciones de afecto, las diferencias de temperamento y los intereses culturales, mientras que éstas son cuestiones que a los padres no les preocupa en absoluto. A ellas les preocupan los quehaceres familiares y a ellos la independencia, la política, y la educación de los hijos.

Nos permitimos en este punto reflexionar sobre lo que significan las demostraciones de afecto y diferencias de temperamento, y nos preguntamos si la tendencia de estas respuestas en dichos ítems puede estar bajo la influencia de los estilos de crianza, que siguen alejados de la coeducación. Desde nuestro punto de vista, consideramos que la expresión y control sano de las emociones de los seres humanos facilitan las relaciones intra e interpersonales y es una de las variables importantes, tanto para hombres como para mujeres, en cuanto a las transiciones de las diferentes etapas del desarrollo, y por supuesto en la de la paternidad y la maternidad. Por todo ello defendemos la coeducación como un factor de bienestar psicológico, emocional y social que debe ser promovido para el beneficio de la familia antes, durante y después del embarazo.

Enlazando con lo arriba mencionado, en esta discusión de los resultados de nuestra muestra, encontramos que éstos coinciden o corroboran aquellos trabajos que afirmaban que el grado de satisfacción con la vida en pareja es un factor de protección frente a la ansiedad (Santos et al. 1996; Wenner et al. 1969, citado en Varela-Ogando 1982). Nosotros también queremos añadir que las relaciones encontradas entre el grado de satisfacción y la ansiedad podrían justificar la necesidad de tratar como prioritaria la incorporación de estas cuestiones en los contenidos de los programas de intervención y/o prevención, para parejas en espera del nacimiento del hijo.

Asimismo, tal y como destacan los resultados de diferentes trabajos (Barrer 1986; Klaus, Kennell y Klaus 1995; Lederman 1995; Wadhwa et al. 2001; Salposky 2004; Diego, Jones, Field et al. 2006; ...), la presencia de unos niveles altos de ansiedad durante el embarazo puede ser un gran obstáculo para el bienestar de los bebés no nacidos (manifestándose en forma de retraso en el desarrollo intrauterino; taquicardia fetal; hiperactividad fetal; crecimiento fetal; desarrollo cerebral y duración del embarazo) y las consecuencias de todo ello muchas veces siguen manifestándose en el periodo perinatal y postnatal. Por tanto, creemos que una forma de optimizar el desarrollo intrauterino y el bienestar postnatal podría consistir en fomentar unas mejores relaciones de pareja, ya que la buena relación en una pareja actúa como factor protector y reduce la ansiedad. Esta defensa también se puede apoyar en los trabajos de Hobfoll y Leiberman (1989) y Kalil et al. (1993), cuyos resultados destacaron no solo el apoyo social de familiares y amigos, sino que encontraron que la relación de pareja era un factor atenuante de la ansiedad, ya que en las mujeres participantes con ansiedad situacional y de rasgos más bajas, se encontraban como figura de apoyo el marido.

Finalmente, nuestros resultados también están de acuerdo con los obtenidos por Zimmerman-Tansella et al. (1994), quienes encontraron que un

elevado grado de afecto mutuo en la pareja disminuye los síntomas de ansiedad en la mujer embarazada.

Discusión Hipótesis 2.

Se espera encontrar una correlación positiva entre el grado de satisfacción de la vida en pareja y la vinculación prenatal de ambos padres.

En nuestros resultados, esperábamos encontrar una relación positiva entre el grado de satisfacción de la vida en pareja y la vinculación prenatal de ambos padres; en cambio, lo que hemos obtenido es que no parece existir ninguna relación significativa entre estas variables. Es decir, la capacidad de ambos progenitores de vincularse afectivamente con el hijo no nacido parece que no está condicionada por el grado de satisfacción que experimenta la pareja en su vida en común.

Aunque no esperado, queremos resaltar que este resultado era el deseable, puesto que la vinculación afectiva prenatal hacia el bebé no debería verse marcada o limitada por la existencia de problemas de relación entre sus padres, salvo, como ya hemos mencionado con anterioridad, que se tratase de un embarazo no deseado, ya sea por uno de ellos o por ambos, caso en el que ninguno de los bebés no nacidos de nuestra muestra se encontraba, más bien al contrario, eran niños muy deseados y esperados.

Ahora bien, la percepción de problemas en la relación afecta de forma negativa el grado de satisfacción con la vida en pareja, y este grado de satisfacción bajo, a su vez, como ya se ha señalado con anterioridad, es una variable generadora de ansiedad. Para complicar más todavía la situación,

observamos que los niveles de ansiedad cuando son severos o extremos afectan disminuyendo el grado de la vinculación afectiva de los padres con su hijo no nacido.

Por lo tanto, pensamos que, aunque deseable, estos resultados pueden entrañar una cierta dificultad a la hora de explicarlos en función de los conocimientos actuales. No obstante, desde nuestro punto de vista cabrían dos posibilidades de interpretación: a) que las limitaciones del tamaño de nuestra muestra, como ya habíamos señalado, así como las características de los participantes, pueden estar afectando estos resultados y por ende nuestra interpretación o b) que la vinculación afectiva prenatal sea fundamental, ejerciendo el papel de variable que indica la aceptación del bebé no nacido y la adaptación a la primera etapa del embarazo como proceso. Si esto es así, podría servir para poner de relieve las actitudes que ambos miembros de la pareja ponen en juego para favorecer los cuidados de la madre temprana, para el beneficio del hijo no nacido, la búsqueda de soluciones a los problemas en la vida de pareja, y/o el aprendizaje de estrategias de afrontamiento y habilidades sociales y afectivas... Quizá por ese papel, esencial, de variable *moduladora*, no interferiría a nivel bioquímico de forma negativa, *per se*, para la salud durante el embarazo↔vida prenatal. Claro está que de averiguarlo se encargaran, naturalmente, los compañeros que trabajan en los laboratorios de bioquímica.

Así mismo, la vinculación afectiva prenatal, puede ampliar su función para también convertirse en “puente”, y de este modo los padres y las madres “tempranas” se vayan concienciando de los roles que les toca desarrollar a partir del nacimiento del hijo. En este sentido, podemos además teorizar que probablemente, su papel sea servir desde una perspectiva clínica para detectar disfunciones afectivas, en las cuales los psicólogos intervengan en el ámbito prenatal, con la finalidad de que dichas disfunciones, no dificulten, a partir del

nacimiento, las relaciones afectivas en la triada padre↔madre↔bebé y/o las díadas formadas por madre↔bebé y padre↔bebé.

Una vez nacido el bebé la vinculación afectiva entre cada uno de los padres y el bebé se establecerá como apego seguro o inseguro en función del tipo de relación que desarrollen. En este sentido, los resultados de Heineck 1998, (en Maldonado-Durán et al. 2002) mostraron que los hijos de padres que resolvieron sus problemas de pareja antes del nacimiento del bebé, gracias a los talleres para el aprendizaje de estrategias facilitadoras de expresión de las emociones y búsqueda de apoyo mutuo, mostraban un apego más seguro que los bebés de las parejas que no participaron en dichos talleres.

Discusión Hipótesis 3.

Se espera encontrar una correlación negativa entre los niveles de ansiedad y la vinculación afectiva prenatal de los adultos.

Nuestros resultados, indican que parece existir una relación negativa entre los niveles de ansiedad experimentados por los padres y madres y la vinculación prenatal manifestada por ellos.

Se puede apreciar en el caso de las madres, que dicha relación negativa, además alcanza la significación estadística. Esta misma tendencia se observa, cuando lo que se evalúa son las manifestaciones de la ansiedad en las subescalas cognitivas y fisiológicas de la ansiedad, así como, en las situaciones que implican la evaluación, la asunción de responsabilidades, la interacción social o las situaciones de estímulos fóbicos de los factores I, II y III, respectivamente.

Algunas de las expresiones de la vinculación prenatal que se ven afectadas por las manifestaciones de ansiedad de las madres de nuestra muestra son las “actitudes ante el embarazo” y la “diferenciación y comunicación con el feto”. Es decir, los sentimientos que se tuvieron ante la primera falta y la confirmación del embarazo, la percepción que se tiene actualmente del cuerpo y de los movimientos del bebé, el hablar sobre el hijo y con el hijo no nacido, así como imaginar cómo es en ese momento, se pueden ver negativamente influenciados por los niveles de ansiedad experimentados por la madre.

En el caso de los padres, también se observan algunas relaciones inversas entre ansiedad y vinculación prenatal. Concretamente, la vinculación afectiva prenatal se puede ver afectada por las manifestaciones de ansiedad cognitiva y motora de los padres, así como por las debidas a situaciones que implican asunción de responsabilidades o situaciones cotidianas (factores I y IV). Otras áreas de la vinculación afectiva de los padres que se pueden ver negativamente afectadas por los niveles de ansiedad experimentados son las “conductas de protección y fantaseo”. Es decir, aquellos padres que se sienten más ansiosos presentan menos conductas de apoyo a su mujer, encaminadas a evitar que ella realice actividades que ponga en peligro el bebé no nacido, por ejemplo, que ella no se fatigue en exceso, que siga una buena alimentación; dichos padres tienen una menor tendencia a imaginarse cuidando al hijo, durmiéndolo, como sucede cuando se encuentra en el útero de su madre y/o cómo será el aspecto del hijo, o qué carácter puede tener cuando nazca.

Además de observar la forma en que se relacionan en nuestros participantes los niveles de ansiedad y las expresiones del vínculo afectivo prenatal en padres y madres tempranas, también quisimos saber si existían diferencias en la manifestación de estas variables entre sexos. En este sentido, debemos destacar que, al menos en nuestra muestra, existen diferencias a favor de las mujeres, pero que no alcanzan significación estadística salvo en la

expresión de ansiedad fisiológica. Esto significa que entre los padres y las madres participantes, son ellas las que presentan mayores índices de activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo (SNA).

La presencia de la activación mencionada conlleva, entre otros, a la siguiente sintomatología: náuseas, sudoración, mareo, tensión muscular, dolor de cabeza, molestias en el estómago, palpitaciones, taquicardia entre otros síntomas, según indican Miguel Tobal, y Cano Vindel, en su trabajo de 2002. De ahí que, para nosotros, estas diferencias encontradas a favor de las mujeres sean preocupantes porque la ansiedad de la madre le procura una merma en la calidad de vida propia y, lo más grave, es que puede afectar al bebé antes y después de nacer, como indican los trabajos de Coall y Chisholm (2003), Culhane, Rauh, McCollum et al. (2001), O'Brien y Naber (1992) y Rodrigues (2001). Por lo tanto, pensamos que es necesario ampliar el cuidado de la familia en gestación, incluyendo la atención psicológica especializada para que ambos padres, pero en especial las madres tempranas, mantengan la ansiedad en niveles mínimos y/o moderados.

En cuanto a la expresión de la vinculación afectiva prenatal en hombres y mujeres, debemos señalar que sólo se alcanzaron diferencias significativas a favor de las mujeres en cuanto a la "diferenciación con el feto y comunicación con él", "conductas de fantaseo" y de "preparativo". Es decir, las mujeres les ponen música y hablan más a sus bebés no nacidos, también son ellas las que se hacen cierta idea de cómo será el carácter de su hijo o hija por la forma que se mueve dentro de su vientre, y se suelen imaginar cómo son en ese momento. También existen diferencias significativas, pero a favor de los hombres, en "experiencias infantiles", lo que indica que son éstos los que con más frecuencia evocan o recuerdan las experiencias de su época infantil.

Por último, en cuanto a la relación global que pudiera existir entre el conjunto de expresiones de la ansiedad en las madres y las diferentes subescalas de vinculación afectiva prenatal, nuestros resultados indicaron que un 13,21% de la varianza encontrada en la vinculación afectiva prenatal podría ser explicada por los niveles de ansiedad, de modo que a mayor ansiedad menor vinculación afectiva prenatal.

Estos resultados nos sugieren y reafirman la necesidad de poner en marcha programas o estrategias que ayuden a disminuir la ansiedad experimentada por los “padres y madres tempranos” en estos momentos de sus vidas, pues como venimos insistiendo a lo largo de este trabajo, unos niveles de ansiedad altos también pueden afectar al desarrollo prenatal, así como a las circunstancias del nacimiento y la salud del neonato. En definitiva, nuestros datos no hacen sino corroborar los hallazgos de Cristodulou y Dragonas (1992), Lederman y cols. (1978), Van den Bergh (en Nijhuis 1992) y Rodrigues (2001 y 2004).

Discusión Hipótesis 4.

<p><i>Se espera encontrar una relación negativa entre el nivel de ansiedad de las madres y la salud del recién nacido.</i></p>
--

Respecto a las relaciones existentes entre las variables de ansiedad cognitiva, fisiológica y motora, y las medidas de salud del recién nacido (semanas de gestación, talla, peso al nacer, perímetro cefálico, puntuación de apgar al minuto y a los cinco minutos), encontramos que en nuestra muestra existe una relación negativa, es decir, aquellas madres que presentaron menores niveles de ansiedad durante el embarazo, tuvieron bebés con más

semanas de gestación, mayor peso en el nacimiento, mayor perímetro cefálico y mejores puntuaciones de apgar. En definitiva, más sanos o en mejores condiciones.

En concreto, podemos decir que el 19,76% de la varianza encontrada en las medidas de salud del recién nacido puede ser explicado de forma significativa por los niveles de ansiedad de las madres.

Estos resultados estarían en consonancia con aquellos encontrados en estudios que defendían que la ansiedad durante el embarazo puede afectar el desarrollo de bebé antes, durante y después del nacimiento: Barker (1986); Coall y Chisholm (2003); Dewey (2001); Diego et al. (2006); Dorn et al. (1993); McCool et al. (1994); Lederman (1995); Levit et al. (2000); Pesonen et al. (2006); Relier (2001) y, Wadhwa y et al. (1993 y 2001). También nos sirven para reafirmar una vez más la necesidad de poner en marcha servicios, programas y estrategias que permitan reducir la ansiedad de las mujeres durante el embarazo, que sean prestados por psicólogos especializados. Todo ello revertiría en un beneficio general en el que, además del bienestar global de la familia, favorecería muy en concreto el desarrollo de los niños.

Siguiendo a Lederman (1995), debemos tener en cuenta que las manifestaciones del estrés y la ansiedad, por medio del sistema endocrino, afectan tanto al bienestar de la madre como a la vida pre y postnatal del bebé, ya que el desarrollo pre y perinatal están íntimamente ligados. Ello nos hace suponer que un buen curso y desenlace en el primero es, en gran medida, un buen pronóstico del segundo. Asimismo, conviene recordar la relación existente entre los sistemas, nervioso central y el endocrino con el sistema inmunitario. El equilibrio entre ellos representa el mayor seguro de la salud materna en el embarazo, ya que la eficacia del sistema inmunológico puede verse alterada por la acción del eje hipotalámico-pituitario-adrenal, lo que

suele causar inmunodepresión. Si se llega a ésta última situación, la madre puede sufrir infecciones, las cuales afectarán sin duda al nonato, quien podrá padecer alguna alteración incluso después de su nacimiento (Culhane et al. (2001)

Discusión Hipótesis 5.

Se espera encontrar una relación positiva entre la vinculación prenatal y la salud del recién nacido.

Por último, en cuanto a las posibles relaciones entre la vinculación afectiva prenatal de las madres y los indicadores de salud del recién nacido (semanas de gestación, talla, peso al nacer, perímetro cefálico y las puntuaciones de apgar al minuto y a los cinco minutos), nuestros resultados no mostraron ninguna relación significativa entre ambos conjuntos de variables.

Estos resultados nos traen de vuelta a la reflexión que hacíamos en la discusión de la hipótesis segunda, en la cual teorizábamos sobre el posible papel del vínculo afectivo prenatal de los “padres tempranos” con su hijo no nacido, como una variable moduladora a investigar. Si esta hipótesis se confirmara, nos podría indicar la presencia o ausencia de actitudes y aptitudes, en los padres, que conllevaran a factores de protección y de salud durante el embarazo y la vida prenatal. No obstante, queremos subrayar que la categoría de variable moduladora que estamos proponiendo para la vinculación prenatal y que, por tanto, se sitúa en un plano especulativo y provisional, de ninguna manera disminuye la relevancia que tiene para el trabajo multiprofesional e interdisciplinar. Proponemos que la vinculación prenatal debe ser parte importante en cualquier programa que se plantee prevenir y promover la salud

de los tres miembros involucrados en el embarazo, como proceso que lleva consigo aspectos biológicos↔psicológicos↔sociales en cada una de las etapas que lo conforma.

De acuerdo con la teoría presentada y la discusión de los resultados encontrados en nuestro trabajo, queremos finalizar la presentación del presente estudio elaborando nuestras conclusiones en las siguientes áreas:

a) Ansiedad

Todo lo que hemos expuesto, parece apoyar la idea de que la salud del hijo antes y después del nacimiento está mediatizada por la adaptación de sus padres a las exigencias de los cambios que advienen con el embarazo tanto a nivel biológico como psicológico y social. Para que los tres miembros de la familia en gestación gocen de buena salud durante el embarazo es esencial disminuir los niveles de ansiedad que suele surgir en algún momento de dicho periodo. La ansiedad es una de las variables más importantes a tener en cuenta para promover la salud del bebé.

Hemos estado comentando en esta investigación los posibles efectos así como la duración y consecuencias de la **ansiedad en la madre temprana**, entre las que se encuentran la hiperémesis, la preeclampsia, interfiere a la baja en el grado de vinculación prenatal y la satisfacción con la vida en pareja, las infecciones, amenazas de pérdida acompañada de la posibilidad de un parto prematuro y, en este caso, todo lo que la prematuridad conlleva.

La ansiedad de la madre hace mella **en el bebé intrauterino**, ya que puede conllevar la inhibición del crecimiento fetal, o el nacimiento prematuro. También hemos alertado sobre las posibles consecuencias de la exposición del hijo no nacido a los niveles altos de ansiedad de su madre, que parece mantener su influencia también después del nacimiento. De igual forma,

hemos constatado que la ansiedad materna puede tener gran influencia en el desarrollo del sistema nervioso autónomo del no nacido así como en los procesos relacionados con cognición, memoria y habituación del sistema nervioso central, que también parece persistir después del nacimiento (por ejemplo bajo peso al nacer y riesgo de padecer diabetes e hipertensión en la adultez). Otros estudios parecen indicar que la exposición fetal a los glucocorticoides además de tener un efecto a lo largo de la vida en los diferentes sistemas fisiológicos, puede afectar tanto la salud como la conducta del niño y parecen influir negativamente en las bases biológicas del temperamento y la afectividad.

En el caso de **los padres tempranos**, parece ser que la ansiedad deja su marca a través de los temores y preocupaciones de diversa índole, entre los que se encuentran los relacionados con el comportamiento que exhibirían como acompañantes de sus parejas durante el parto, la incertidumbre sobre su paternidad biológica, la anticipación sobre su capacidad para desempeñar el nuevo rol, los miedos referidos a la relación de pareja, la tensión psicológica causada por la asunción de las responsabilidades de ser padre y las cuestiones existenciales, así como por motivos de edad, nivel cultural y economía familiar. Por lo tanto, parece quedar claro que el embarazo también es una fuente de ansiedad para el padre y que además puede alterar las relaciones en la pareja.

En definitiva, como hemos visto, la ansiedad es una emoción muy variada en sus manifestaciones y el ISRA es un instrumento válido para detectar estos matices en cada subescala, ya que profundiza en las diferentes respuestas y, por ello, favorece nuestra comprensión del problema de ansiedad a tratar en el embarazo.

b) La satisfacción con la vida en pareja

Hemos constatado que una de las variables a tener en cuenta para disminuir los niveles de ansiedad, durante el embarazo es la satisfacción con la vida en pareja.

Las “madres y padres tempranos” que sean capaces de aprender a solucionar las incompatibilidades que lleven a problemas en su vida de pareja, estarán protegiendo el bienestar del hijo, antes y después del nacimiento. Por lo tanto, es fundamental que los padres tempranos sean informados de dichas situaciones y que se les proporcionen herramientas para afrontarlas. Existen distintas formas de hacer llegar la información a los padres. Una de las formas podría ser mediante la realización de talleres charlas o cursos para las parejas en espera del nacimiento del hijo. Todos ellos deberían tener en común, entre sus contenidos, el reparto de tareas, la comunicación, la gestión de las emociones, consejos sobre la vida afectiva y sexual durante el embarazo y la toma de decisiones... porque, como hemos visto, la relación de pareja es determinante para el bienestar de los padres tempranos, para el del nonato y también es determinante para la crianza sana.

c) La vinculación afectiva prenatal

Como ya hemos señalado muchas veces, uno de los factores que más influye en los niveles de vinculación afectiva es la ansiedad. Por tanto, si pretendemos lograr o mantener una buena vinculación afectiva prenatal es fundamental conseguir que los padres y madres tempranos mantengan niveles de ansiedad mínimos, y si no, al menos moderados. Pero esto no debería considerarse una tarea a realizar en solitario, puesto que en paralelo deberíamos atender y desarrollar las actitudes y hábitos saludables de ambos padres que beneficiarán al bebé antes y después de nacer.

Nosotros proponemos que los padres y madres que estén a la espera del nacimiento del hijo ejerzan el cuidado de su hijo no nacido (maternidad y paternidad temprana) conociendo que en la vida intrauterina de su bebé ya existen una serie de capacidades desarrolladas. De la misma forma, postulamos que los padres que conocen las características del hijo antes de nacer, probablemente serán más sensibles a sus necesidades, y ello podría ser positivo tanto para un estilo de crianza eficaz como para el desarrollo del apego seguro. De ahí que consideremos que el papel que juega la vinculación afectiva prenatal, aunque pueda ser complementario, si consideramos la posibilidad de que sea una variable moduladora, no es nada despreciable.

Así mismo, consideramos que una tarea esencial que queda pendiente y aun está por desarrollar es la de promover la salud del bebé antes de nacer de una forma más completa, de modo que se lleve a cabo una atención primaria dirigida a los padres no solo bio-médica, sino que también contemple los componentes psicológicos y sociales, lo que implica su carácter multiprofesional e interdisciplinar, del que el psicólogo debe ser considerado parte integrante de este equipo de promotores de la salud.

Siguiendo con esta línea de pensamiento sobre la promoción de la salud infantil desde la vida prenatal, los cursos que actualmente se ofrecen durante el embarazo deben dejar de fijar sus contenidos en la preparación al parto, para incorporar nuevos aspectos. Se trata pues no solo de divulgar la vida prenatal, sino que además debe dar a conocer, y desde de un enfoque positivo, el alcance que puede tener las distintas vicisitudes que se producen a lo largo de todo el proceso que conforma el embarazo, así como aportar estrategias de afrontamiento que no solo se circunscriban al parto sino que incorporen algunas otras aplicables a la vida en pareja, la preparación para la maternidad, la paternidad y la crianza. En este sentido abogamos para que se inicien justo

después de la confirmación de la gestación, y que tengan una duración mínima de dos meses. En cuanto al formato, sugerimos que sea grupal y la disposición de la pareja, de modo que sea entendida como un acompañamiento a la pareja durante el tiempo que dure el embarazo, parto y postparto, porque lo que proponemos, al fin y al cabo, es un enfoque de carácter preventivo.

Por otro lado, queremos destacar que uno de nuestros grandes propósitos ha sido la reivindicación del padre como figura involucrada en el proceso de embarazo, ya que, a nuestro entender, el padre temprano es determinante directa y/o indirectamente, en la gestación, crianza y la salud del hijo. Esta idea no es algo surgido de la nada, sino que la venimos defendiendo hace más de una década. Desde entonces hemos propugnado que el embarazo, si no es múltiple, es cosa de tres (papá, mamá y bebé). Esta es una de las razones que nos ha llevado a elegir, en lo referente a la unidad de análisis a estudiar, a la triada resultante y que componen madre, padre y bebé. Consideramos que este hecho es una de las aportaciones más importantes del presente trabajo, pese a algunos déficits ya señalados, puesto que no se encuentran trabajos sobre este tema en que se incluya al padre, ni tampoco que se hayan elegido los instrumentos de medida que en esta investigación aparecen.

Antes de concluir nuestro trabajo queremos recalcar las limitaciones con que nos hemos encontrado en esta investigación. Ellas son, por un lado, las características y el tamaño de la muestra y, por otro, el no seguimiento de los niños hasta por lo menos el primer año de vida con una escala de desarrollo. Tanto una como otra nos ha impedido recabar datos que pudieran contrastar la hipótesis de la salud de los bebés intrauterinos y recién nacidos como variable influyente en el desarrollo de los mismos en edades posteriores. Con estas dificultades nos hemos visto obligados a reducir, en buena medida, la posibilidad de extrapolar los resultados obtenidos con nuestra muestra a la

población general, al ver condicionada la interpretación de nuestros hallazgos, que queda restringida a una tendencia probable en muestras similares.

No obstante, este estudio abre nuevas incógnitas en nuestra línea de investigación acción, quedando pendientes de afrontarlas en próximos trabajos. Entre ellas resaltaríamos las siguientes:

- Ampliación de los datos pre y postnatales sobre el padre.
- Contrastar los niveles de ansiedad de ambos miembros de pareja en el periodo postnatal.
- Conocer la duración del período de lactancia exclusiva al pecho.
- Influencia sobre el desarrollo biológico, psicológico y social del niño.

No quisiéramos acabar este trabajo sin antes realizar una pequeña reflexión derivada del mismo. Nos ha quedado claro que no todo lo que hemos pretendido comprobar se nos ha mostrado evidente, eficaz y/o de inmediata implementación, pero de lo que sí estamos firmemente convencidos y nos reafirmamos es de la idea de que podríamos vivir el embarazo como adultos más saludables y con menores niveles de ansiedad. En este sentido abogamos porque se dé esta situación, dadas las ventajas que desde los puntos de vista sanitario, social y económico comportan, puesto que tener bebés más sanos trae como consecuencia menos gastos para la sanidad pública, menos gasto para la familia y una mayor disposición para las relaciones sociales saludables. Quizá el número de bebés prematuros y/o de bajo peso disminuyesen, tal vez las parejas se sintiesen más satisfechas con su relación. Es probable que el postparto y la lactancia, se viviesen desde la tranquilidad, porque proporcionaríamos el apoyo que requiere la familia en pleno aprendizaje de nuevos roles. Y tal vez se facilitaría el desarrollo de un estilo de crianza más eficaz y, por lo tanto, más sano, al promover en los padres actitudes y aptitudes que conlleven niveles de ansiedad moderados y/o ausentes.

En definitiva, no nos cansamos de insistir en lo fundamental que resulta complementar los cuidados pre y postnatales existentes, poniendo al servicio de la pareja una atención psicológica prestada por psicólogos especializados, puesto que un embarazo, especialmente el primero, puede ser un período crítico en la evolución familiar de algunas parejas y, por lo tanto, el mejor momento para promover la salud biológica psicológica y social de los tres miembros de la familia en gestación.

Referencias Bibliográficas

- Aguilar, I. y Galbes, H. (1975). *La madre y el niño*. Madrid. Editorial Safeliz, S.L.
- Aguirre de Cárcer, A., (1989). *Preparación a la maternidad*. Madrid. Ediciones Morata S.A.
- Akande, A. (1994). What meaning and effects does fatherhood have in child development? *Early Child Development and Care*, 101, 51-58.
- Aldecoa, T. y Polaino-Lorente, A. (1996). *La familia del deficiente mental*. Madrid, Ediciones Pirámide, S.A.
- Ammaniti, M., (2008). *Pensare per due. Nella mente delle madri*. Seconda edizione. Gius, Laterza & Figli Editore Laterza.
- Andresen, A.P y Telleen, L.S, (1992). The relationship between social support and maternal behaviors and attitudes: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 20,753-774.
- Arocha, J. y Santana, V. (1996). El marco ideológico y normativo. La salud y la salud pública en la sociedad y en las leyes, en B. Macías y J. Arocha. *Salud pública y educación para la salud* (pp.21-33). ICEPSS Editores, SL.
- Arora, S.; Mcjunkin, C.; Wherer, J. y Kuhn,P. (2000). Major factors influencing breastfeeding rate: Mother's perception of father attitude and milk supply. <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/106/e67>.
- Armstrong, D. Y Hutti, M. (1998). Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. *Journal of Obstet-Gynecol-Neonatal-Nurs.* 27, 183-189.
- Arnaldos Herrero J, Martos Gutiérrez J, Hernández Martínez J. Personalidad y emesis gravidica (1997). *Anales de Psiquiatría*, 13, 321-6.

- Baillie, C.; Hewison, J. and Mason, G. (1999). Should ultrasound scanning in pregnancy be a routine? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17, 149-157.
- Bakshi, R.; Mehta, A.; Mehta, A. y Sharma, B. (2008): Tokophobia: Fear of pregnancy and childbirth. *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics*, 10,1
http://www.ispub.com/journal/the_internet_journal_of_gynecology_and_obstetrics/volume_10_number_1_4/article/tokophobia_fear_of_pregnancy_and_childbirth.html
- Barclay, L. y Lupton D. (1999). The experiences of new fatherhood: A social cultural analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1013-1020.
- Beck, C.T. (1999). Available instruments for research on prenatal attachment and adaptation to pregnancy. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 24, 25-32.
- Beebe, K., Lee, K. Carrieri-Kohlman y Humphreys (2007). The effects of childbirth and anxiety during pregnancy and prehospitalization labor. *Journal of Obstetrics, Gynaecologic, and Neonatal Nursing*, 36,410-418.
- Bell, L. y Bell, A. (2009). Effects of family individuation. *Attachment & Human Development*, 11, 471-490.
- Berk, L. E., (1999). *Desarrollo del niño y el adolescente*. Madrid, Prentice Hall Iberia.
- Berryman, J.C. Y Windridge, K. C. (1996). Pregnancy after 35 and attachment to the fetus. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 14, 133-143.
- Biddulph, S., (1996). *El secreto del niño feliz*. Madrid, Editorial EDAF, S.A.
- Bloom, K, C. (1998). Perceived relationship with the father of the baby and maternal attachment in adolescents. *Journal of Obstetrics, Gynaecologic, and Neonatal Nursing*, 27, 420-430.
- Brandon, A. R., (2006). Maternal and fetal representation, dimensions of personality, and prenatal attachment in women hospitalized with high risk pregnancy. *Tesis doctoral. Faculty of the Graduate School of Biomedical Sciences. The University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas*.

- Brazelton, T.B. y Cramer B.G. (1993). *La relación más temprana. Padres bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona. Ediciones Paidós.
- Buss C., Lord C., Wadiwalla, M., Hellhammer, D. , Lupien, S. , Meaney, M. y Pruessner, J., (2007). Maternal Care Modulates the Relationship between Prenatal Risk and Hippocampal Volume in Women But Not in Men. *The Journal of Neuroscience*, 27, 2592-2595.
- Cano-Vindel, A. y Miguel Tobal, J.J.. Emociones Negativas (Ansiedad, Depresión e Ira) y Salud. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero-15 de Marzo 2000 [15-11-2008]: Conferencia/ 28-CI-A: [29 pantallas]. Disponible en:
http://www.psiquiatria.com/mesas/mesa28/conferencias/28_ci_a.htm
- Carr, A. (1998). The inclusion of fathers in family therapy: A research based perspective. *Contemporary Family Therapy. International Journal*, 20, 371-383.
- Chamberlain, D. (1988). The significance of birth memories. *Prenatal and Perinatal Psychology Journal*, 2, 136-154.
- Chandler, S. y Field, P. (1997). Becoming a father. First-time fathers' experience of labor and delivery. *Journal of Nurse-Midwifery*, 42, 17-24
- Christodoulou, G. N. (1991). Prevention of psychopathology with early intervention. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 55, 201-207.
- Christodoulou, G. N., y Dragonas T.G. (1992). Role of early developmental factors in susceptibility to disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58, 32-39.
- Coall, D. y Chisholm, J. (2003). Evolutionary perspectives on pregnancy: maternal age at menarche and infant birth weight. *Social Science and Medicine*, 57, 1771-1781.
- Coleman, V., Carter, M. , Morgan, M. y Schulkin, J.(2008). *Obstetrician-gynaecologists' screening patterns for anxiety during pregnancy. Journal Depression and anxiety*, 25, 114-23.
- Colpin, H., De-Munter, A., Nys, K y Vandemeulebroecke, L. (1998). Prenatal attachment in future parents of twins. *Early Development and Parenting*, 7, 223-227.

- Condon, J. T. (1985). The parental foetal relationship a comparison of male and female expectant parents. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 4, 271-284
- Condon, J. T. y Esuvaranathan, V. (1990). The influence of parity on the experience of pregnancy: A comparison of first and second time expectant couples. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 369-377.
- Condon, J. T. y Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 359-372.
- Copher, D. E. y Huber, C. P. (1967). Heart rate response of the human fetus to induced hipoxia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 98, 320-335.
- Cowan, C.P. y Cowan, P.A. (1992). *When partners become parents: The big life change for couples*. New York: Basic Books. Republished by Lawrence Erlbaum Associates, Spring, 2000.
- Culhane, J., Rauh, V., McCollum, K., Hogan, V., Agnew, K., y Wadhwa, P. (2001) Maternal Stress is Associated With Bacterial Vaginosis in Human Pregnancy. *Maternal and Child Health Journal*, 5, 127-134.
- Cyrułnik, B. (2008). *Bajo el signo del vínculo. Una historia natural del apego*. 2ª reimpresión. Barcelona. Editorial Gedisa S. A.
- da Costa Saar, S. R. y Trevizan, M. A. (2007). Los roles profesionales de un equipo de salud: La visión de sus integrantes. Ribeirão Preto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 106-12.
- Davis-Floyd, R. (1992). *Birth is an American rite of passage*. Berkley: University of California Press.
- de la Cueva Barrao (2006): Lactancia en situaciones especiales. *Revista Medicina Naturista*, 10, 566-571.
- de Vries, J. P., Visser, G. H. y Prechtl, H. F. (1985). The emergente of fetal behaviour. II. Quantitative aspects. *Early Human Development*, 12, 99-120.

- Dermott, E. (2003). "The Intimate Father: Defining Paternal Involvement" *Sociological Research Online*, vol.8, <http://www.socresonline.org.uk/8/4/dermott.html>.
- Dermott, E. (2007). *New fatherhood: Work in progress*. Research News. University of Bristol.
- Dexeus, S.; Carrera, J. M.; Alegre, M; Salvador, C., y Solé, M.T (1989). *El riesgo de nacer*. Barcelona. Editorial Labor S.A.
- Dewey, K. (2001) Maternal and Fetal Stress Are Associated with Impaired Lactogenesis in Humans. *The American Society for Nutritional Sciences. The Journal of Nutrition*. 131, 30125-30155.
- Diego, M.A., Jones, N.A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., y Gonzales-Martinez, A. (2006). Maternal psychological distress, prenatal cortisol and fetal weight. *Psychosomatic Medicine*, 68, 747-753.
- Dorn, L. D., Susman, E. J. y Petersen, A. C. (1993). Cortisol reactivity and anxiety and depression in pregnant adolescents: A longitudinal perspective. *Psychoneuroendocrinology*, 18, 219-239.
- Draper J. (2003). Men's passage to fatherhood: an analysis of the contemporary relevance of transition theory. *Nursing Inquiry*, 10, 66-77.
- Dunham, C., Myers, F., Barnden, N., McDougall, A., Nelly, T., y Aria, B. (1992). *Mamatoto. La celebración del nacimiento*. Plural de Ediciones, S.A., 1992.
- Edelmann, R., Humphrey, M., Owens, D. (1994). The meaning of parenthood and couples' reactions to male infertility. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 291-299.
- Emerson, W. R. (1998). "Birth trauma: The psychological effects of obstetrical intervention". *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 13, 11-44.
- England, M. A., (1993). *Gran atlas de la vida antes de nacer*. Barcelona. Ediciones Oceano, S.A.
- Erickson, M. (1996). Predictors of maternal-fetal attachment: an integrative review. *The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 3, 56-72.

- Featherstone, B. (2003) Taking fathers seriously. *British Journal of Social Work*, 33, 239-254.
- Ferketich, S. L. y Mercer, R. T. (1995). Paternal-infant attachment of experienced and inexperienced fathers during infancy. *Nursing Research*, 44, 31-37.
- Fernández, F. (2006). Nosotras parimos, ¿nosotras decidimos? El consentimiento de la mujer y otros aspectos legales de la atención materno infantil. *Medicina Naturista*, 10, 507-516
- Ferrari, G. (2000). *Meditaciones para realizar durante el embarazo*. Ediciones Oniro, S.A.
- Fifer, W. P. and Moon, C. (1989). Psychobiology of newborn auditory preferences. *Seminars in Perinatology*, 13, 430-433.
- Finger, B., Hans, S., Bernstein, V. y Cox, S. (2009). Parent relationship quality and infant-mother attachment. *Attachment & Human Development*, 11, 285-306.
- Fischer, S. and Gillman, I. (1991). Surrogate motherhood: attachment, attitudes and social support. *Psychiatry Journal for Interpersonal Process*, 54, 13-20.
- Forna, A. (1988). *Mother of all myths*. London. Ed. Harper-Collins.
- Friedman, A., Weinberg, H. y Pines, A. (1998). Sexuality and Motherhood: Mutually exclusive in perception of women. *Sex-Roles*, 38, 781-800.
- Fuller, S.G. Moore, L.R. y Lester, J.W. (1993). Influence of family functioning on maternal-fetal attachment. *Journal of Perinatology*, 13, 453-460.
- García del Real, E.; Martínez López y García del Real L. M. (1999) *Nueva Guía de Ginecología. 100 respuestas para la mujer*. Ediciones Temas de Hoy, S.A.
- Gesell, A., y Amatruda, C., (1967). *Embriología de la conducta*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Guillot, G. S., (1992). *Enfermería maternal*. Barcelona. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.

- Gluckman, P., (2001). Nutrición, glucocorticoids, births size and adult disease. *Endocrinology*, 142, 1689-1691.
- Goodlin, R. C., (1979). *Care of the fetus*, Masson Publishing. New York.
- Gomilla, T., Cunningham, D., Eyal, F. y Zenk, K. (2002). *Neonatología. Manejo básico, procedimientos, problemas en la guardia, enfermedades y fármacos*. 4ª edición. Editorial Médica Panamericana S.A.
- González de Chávez, M. A., (comp., 1999). *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres*. Madrid. Siglo XXI Editores, S.A.
- González-González, N.; Suárez, M.; Pérez-Piñero, B.; Armas, H.; Doménech, E. y Bartha, J. (2006). Persistence of fetal memory into neonatal life. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 85,1160-1164.
- Gouni, O. (2008). *Soul Days*. A Hellenic Union for the Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine publication to sensitize people on the significance of prebirth dynamics in life.
- Grace, J.T. (1989). Development of maternal-fetal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 38, 228-232.
- Hall, W. A.; Hauck, Y.L.; Carty, E. M.; Hutton, E. K.; Fenwick, J. and Stoll, K. (2009). Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecology, & Neonatal Nursing*, 38, 567-576.
- Hall, W. (1994). New fatherhood: myths and realities. *Public Health Nursing*, 11, 219-228.
- Health Education Board for Scotland, (1996/1997). *New Pregnancy Book. A complete guide to pregnancy, childbirth and the first few weeks with a new baby*.
- Heinicke, M.C. (1988). Efecto protector de la terapia matrimonial antes que nazca el hijo. Citado en J.M. Maldonado-Duran, J.M. Saucedo, T. Lartigue y V. Karacosta, (2002). La salud mental del bebé. Nuevas evidencias. *Salud Mental*, 25, 59-67.

- Hepper, P. y Leader, L. (1996). Fetal habituation. *Fetal and Maternal Medicine Review*, 8, 109-123.
- Hepper, P. y Shahidullah, S. (1990). Development of fetal hearing. *Arch. Dis. Child Fetal Neonatal Ed*, 71, 81-87.
- Hepper, P. (2002). Prenatal development. *Introduction to Infant Development*, pp. 40-60. Edited by Alan Slater and Michael Lewis. Oxford University Press
- Hidalgo, M. V. y Menéndez, S. (2003). La pareja ante la llegada de los hijos e hijas. Evolución de la relación conyugal durante el proceso de convertirse en padre y madre. *Fundación Infancia y Aprendizaje*, 15, 469-483.
- Higley, E. y Dozier, M. (2009). Night time maternal responsiveness and infant attachment at one year. *Attachment & Human Development*, 11, 347-363.
- Hinde, R.A. y Hinde-Stevenson, J. (1990). Attachment: Biological, Cultural and Individual Desiderata. *Human Development*, 33, 62-72.
- Hobfoll, S. y Leiberman, J. (1987). Personality and social resources in immediate and continued stress-resistance among women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 18-26.
- Hopson, J. (1998). *Fetal Psychology*. *Psychology Today*, 31, 44-48.
- Horvath, C. (1999). La importancia del padre -antes, durante y después del nacimiento de su hijo/a- (Observaciones desde el ámbito de la preparación al parto psicoprofiláctica). "Tu serás el padre de mi hijo". En González de Chávez, M. A. (comp.). *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres* (pp.87-110). Siglo veintiuno de España editores.
- Hsu, T-L, y Chen, C-H, (2001). Stress and maternal-fetal attachment of pregnant women during their third trimester. *Kaohsiung Journal of Medicine and Sciences*, 17, 36-45).
- Imbert, C. (2004). *El futuro se decide antes de nacer. La terapia de la vida intrauterina*. Editorial Desclée de Brouwer, S.A.

- Janus, L. (2001). *The Enduring Effects of Prenatal Experiences. Echoes from the Womb*. Mattes Verlag GmbH, Heidelberg. Germany.
- Kalil, K. M.; Gruber, J. E.; Conley, E. and Sytniac, M. (1993). Social and family pressures on anxiety and stress during pregnancy. *Pre and Perinatal Psychology Journal*, 8, 113-118.
- Klaus, M.H.; Kennell, J.H. y Klaus, P.H., (1995). *Bonding*. California. Addison-Wesley Publishing Company.
- Klaus, M. H. y Fanaroff, A.A., (1993). *Care of the high-risk neonate*. Philadelphia, W. B. Saunders Company.
- Klein, H., (1991) Couvade syndrome: male counterpart to pregnancy. *International Journal. of Psychiatry in Medicine*, 21, 57-69.
- Kiselica, M. S. y Scheckel, Steve (1995). *The couvade syndrome (sympathetic pregnancy) and teenage fathers: A brief primer for school counselor*. *School-Counselor*, 43, 42-51.
- Koneker, H. (1994). <http://www.econ.uiuc.edu/~ehanko/Bio/stree.html>
- Kosmala-Anderson, J. y Wallace, L.M. (2006). Breastfeeding works: the role of employers in supporting women who wish to breastfeed and work in four organizations in England. *Journal of Public Health*, 28, 183-191.
- Krasnegor, N. A., Blass, E. M. y Smotherman, W. P. (1987). *Perinatal Development: A Psychobiological Perspective*. Academic Press, Inc.
- Lafuente, M.J. (1995). *Hijos en camino*. Barcelona. Grupo Editorial Ceac, S.A.
- Lafuente, M. J. (2008). La escala EVAP (Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal). Un estudio piloto. *Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital)* <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n2/6589.php> 17,133-137.
- Lederman, E., Lederman, R. P., Work, B.A., Mccann, D. S. (1981). Maternal psychological and physiologic correlates of fetal newborn health status. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 139, 956-958.

- Lederman, R. (1995). Anxiety in pregnancy: recent results. *11th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. Basel, Switzerland, 21 may.
- Lederman, R. y Miller, D. S. (1998). Adaptation to pregnancy en three different ethnic groups: Latin-American, African-American and Anglo-American. *Canadian Journal of Nursing Research*, 30, 37-51.
- Lee, D. T. (2004). Factors influencing decision to breastfeed. *Journal of Advanced Nursing*, 46, 369-79.
- Levit, N.S., Lambert, E.V., Woods, D., Hales, C. N., Andrew, R. y Seckel, J.R. (2000). Impaired glucose tolerance and elevated blood pressure in low birth weight , nonobese, young South African adults; early programming of cortisol axis. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85.4611, citado en Sapolsky 2008.
- Lewis, T., Amini, F. y Lannon, R. (2001). *A general Theory of love*. First Vintage Edition,
- Libros de Investigación y Ciencias. Scientific American (1981). *El Cerebro*. 2^a Edición. Editorial Labor, S.A. Barcelona.
- Linder, R. (2008). Psychotherapy and Obstetrics: Experiences from an integrated linkage. Congreso Internazionale. L'Esperienza Prenatale Tra Neuroscienze, Medicina, Psicologia Ed Educazione. Parma.
- Linderkamp, O., Janus, L., Linder, R., y Skorupa, D. (2009). Time table of normal foetal brain development. *The International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 21, 4-16.
- Lipton, B. H. (1998) Nurture, nature and the power of love. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 13, 3-10.
- Lipton, B. H. (2001) Nature, nurture and human development. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 16, 167-180.
- López, F. (1998). *Evolución de los vínculos de apego en las relaciones familiares*. En M.J. Rodrigo y J. Palacios, (coord.). *Familia y desarrollo humano*. Madrid, Alianza Editoriales, S.A.

- López-Valverde, M., Fernández, I., Páez, D., Ortiz, A. y Alvarado, R. (2001). Ansiedad ante el embarazo y afrontamiento de confrontación y evitación en mujeres sometidas a la prueba de amniocentesis. *Boletín de Psicología*, 70, 65-78.
- Lothrop, H. (1999). *La lactancia natural. Guía práctica sobre la mejor manera de amamantar a tu bebé*. Ediciones Oniro, S.A.
- Llavona, L.M., (1985). *Psicoprpfilaxis del parto en Intervención conductual en contextos comunitarios I*. Madrid. Piramide.
- McCool, W., Dorn, L. and Susman, E. (1994). The relationship cortisol reactivity and anxiety to perinatal outcome in primiparous adolescents. *Research in Nursing and Health*, 17, 411-420
- MacFarlane, A. (1978). *Psicología del nacimiento*. Madrid. Ediciones Morata, S.A.
- Madrid, J. y Rol de Lama, A. (2006). *Cronobiología. Básica y Clínica*. Editec @ Red, S.L.
- McMahon, C. A., Ungerer, J.A., Beaurepaire, J, Tennant, C. y Saunders, D. (1997). Anxiety during pregnancy and fetal attachment after in-vitro fertilization conception. *Journal of Human Reproduction*, 12,176-182.
- Mancuso, R. A.; Schetter, C. D.; Rini, C. M.; Roesch, C. R. y Hobel, C. J.(2004). Maternal prenatal anxiety and corticotrophin-releasing hormone associated with timing of delivery. *Journal of Biobehavioral Medicine*, 66, 768-769.
- Marin, M. D, Bullones, R. M. A., Carmona, M. F. J., Carretero, A. M. I., Moreno, M. M. A. y Peñacoba, P.C.(2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *Nure Investigación*, nº37, Noviembre-Diciembre 08 (Proyecto de investigación).
- Masoni, S., Maio, A., Trimarchi, G., de Punzio, C., y Fioretti, P. (1994). The couvade syndrome. *Journal of Psychosomatic and Gynaecology*, 15, 125-131.
- Mayselless, O. (1996). Attachment Patterns and Their Outcomes. *Journal of Human Developmen*, 39, 206-223.

- Maridaki-Kassotaki, K. (2000). Understanding Fatherhood in Greece: Father's Involvement in Child Care. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16, 49-56.
- Mataix, V. (1998). *Maternidades. "La maternidad escrita por sus protagonistas"*. Barcelona. Editorial Planeta S.A.
- Mckinnon, W.; Baum, A., y Morokoff, P. (1988). *Neuroendocrine measures of stress*. (en Wagner, H.L., *Social Psychophysiology and Emotions: Theory and clinical applications*. John Wiley & Sons Ltd.
- Mental Health Promotion of children up to 6 years (1999). *Brussels, Mental Health Europe-Santé Mentale Europe*.
- Menella, J.A, Jagnow, C.P. and Beauchamp, G.K. (2001). Prenatal and postnatal flavour learning by humans infants. *Pediatrics*, 107, e88.
- Mercer, R. T. y Ferketich, S.L. (1994). Maternal-infant attachment of experienced and inexperienced mothers during infancy. *Nursing Research*, 43, 344-351.
- Mercer, J. (1998). *Infant Development. A multidisciplinary Introduction*. Pacific Grove, Brooks/Cole Publishing Company.
- Miguel Tobal, J. J. y Cano Vindel, A. R.,(2000). ISRA. *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. Manual*. (5ª edición, revisada y ampliada). TEA Ediciones, S.A..
- Mikhail, M. S, Youchah, J., DeVore, N., Ho, G. y Anyaegbunam, A. (1995). Decreased maternal-fetal attachment in methadone-maintained pregnant women: a preliminary study. *Journal of the Association for Academic Minority Physicians*, 6, 112-114.
- Montagu, A. (2004). *El Tacto. La importancia de la piel en las relaciones humanas*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Moore, K., Jekielec, S. and Emig, C. (2002). Marriage from a Child's Perspective: How does Family Structure Affect Children, What Can We Do about It? *Trends Child Research Brief*.
http://www.childtrends.org/Files//Child_Trends-2002_06_01_RB_ChildsViewMarriage.pdf

- Muller, M.E. and Ferketich, S. (1992). Assessing the validity of the dimensions of prenatal attachment. *Maternal- Child Nursing Journal*, 20, 1-10.
- Muller, M.E. and Ferketich, S. (1993). Factor analysis of the Maternal Fetal Attachment Scale. *Nursing Research*, 42, 144-147.
- Muller, M.E. (1993). Development of the Prenatal Attachment Inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15, 195-215.
- Muller, M.E. (1996). Prenatal and postnatal attachment: a modest correlation. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 25, 161-166.
- Muller, W. (1996). *How, then, shall we live?* Bantam Books.
- Muscarel, M. C. (1988). *Mundo Sonoro: Programa de Estimulación para el Desarrollo Auditivo de Niños Hipoacúsicos*. Ciencias de la Educación Preescolar y Especial. Madrid.
- Narita, S. and Maehara, S. (1993). The development of maternal-fetal attachment during pregnancy. *Nihon-Kango-Kagakkai (Journal of Japan Academy of Nursing Science)*, 13, 1-9.
- Naziri, D. and Dragonas, T. (1994). Passage into paternity: a clinical approach. *Psychiatrie de l'Enfant*, 37, 601-629.
- Nathanielsz, W. P. (1995). *Tiempo para nacer. Vida y desarrollo del niño antes del nacimiento*. Galaxia Gutenberg. Circulo de Lectores.
- Nejad, V. M. (2005). Couples' attitudes to the husband's presence in the delivery room during childbirth. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 11, 829- 834.
- Nichols, M.R. (1995). *Adjustment to new parenthood: attenders versus nonattenders at prenatal education classes*. *Birth*, 22, 21-28
- Nijhuis, J. G., Prechtl, H. F. R., Martin, C. B. and Bots, R. S. G. (1982). Are there behavioural states in the human fetus? *Early Human Development*, 6, 177-195.

- Nijhuis, J. G. – Edited by - (1992). *Fetal Behavior: Developmental and Perinatal Aspects*. Oxford University Press.
- Northrup, C. (1999). *Cuerpo de mujer sabiduría de mujer. Una guía para la salud física y emocional*. Ediciones Urano, S.A.
- Jones, F. R., Garrison, K. C. y Morgan, R. F. (1969). *The Psychology of Human Development*. Second Edition. Harper & Row, Publishers, New York.
- O'Brien, B., Naber, S. (1992). Nausea and vomiting during pregnancy: effects on the quality of women's lives. *Birth*, 19, 138-43.
- Odent, M. (2004). *The Caesarean*. Free Association Books.
- Ohman, S.G.; Grunewald, C. y Waldenström, U. (2003). Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scandinavian Journal Caring Science*, 17, 148-52.
- Onodera, A.; Aoki, K. Y Koyama, M. (1998). Becoming a father: Psychological processes. *Japanese Journal of Developmental Psychology*, 9, 121-130.
- Otwin, L, Janus, L., Linder, R. y Skoruppa, D. (2009). Time table of normal foetal brain development. *The International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 21, 4-16.
- Páez, D., Campos, M., Fernández, I., Zubieta, E., y Casullo, M. (2007). Apego Seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar. *Infocop Online*. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1356.
- Palti, H.; Mansbach, I; Pridan, H.; Adler, B. y Palti, Z. (1984). *Episodes of illness in breast-fed and bottle-fed infants in Jerusalem*. *Israel Journal of Medical Science*, 20, 395-9.
- Pardo y Díaz, 2002. *Paquete estadístico SPSS Versión 11*.
- Parke, R.D. (1981) *El papel del padre*. Madrid. Ediciones Morata.
- Pelechano, V. (1981). *El impacto psicológico de ser madre*. Valencia. Alfaplus.
- Pert, C. (1998). *Molecules of emotions*. London. Simon and Schuster

- Pesonen, A-K.; Räikkönen, K.; Kajantie, E.; Heinonen, K.; Strandeberg, T. y Järvenpää, A-L. (2006). Fetal programming of temperamental negative affectivity among children born healthy at term. *Developmental Psychobiology*, 48, 633-644.
- Pinto, M. F. (1997). *A paternidade na sociedade moderna*. *Servir*, 45, 307-311.
- Pion, R.J.; Goleen, J.S. y A. B. Caldwell, Jr. (1962). *Prenatal Care-A group psychotherapeutic approach*. *California Medicine*, 97, 281-285
- Poblano, A.; Haro, R., and Arteaga, C. (2008). Neurophysiologic Measurement of the Continuity in Sleep of Fetuses during the Last Week of Pregnancy and in Newborns. *International Journal of Biology Science*, 4, 23-28.
- Prechtl, H.F.R. (1974). The behavioural state of the newborn (a review). Duivenvoorde Lecture. *Brain Research*, 76, 185-212.
- Priel, B. y Besser, A. (1999). Vulnerability to postpartum depressive symptomatology: Dependency, self-criticism and moderating role of antenatal attachment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 240-253.
- Relier, J-P. (1994). *Ama a tu hijo antes que nazca*. Barcelona. Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Relier, J-P. (2001). La influencia del estrés materno en el comportamiento fetal y en el desarrollo cerebral. *Biol. Neonato*, 79, 168-171.
- Reeder, J. S, Martin, L.L, Koniak D Trad. Aguilar O.M, Feher de la Torre, G. (1995) *Enfermería Materno-Infantil*. 17ª Edición. Madrid. McGraw-Hill-Interamericana de España.
- Revista Integral (1982). Embarazo y nacimiento gozosos. 2ª Edición. Barcelona. *Extra Monográfico N° 4*.
- Reynolds R. M., Walter, B. R., Sydhall, H.E., Andrew, R., Wood, P. J., Whorwood, C.B., y Phillips, D. I., (2001). Altered control of cortisol secretion in adult men with low birth weight and cardiovascular risk factors. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 86 245, en Sapolsky, 2008)

- Rice, F. P. (1995). *Human Development. A life- span approach*. New Jersey, Prentice-Hall, Inc. Traducción castellano 1997
- Ridgway, R. y House, S. H. (2006). *The Unborn Child. Beginnig a Whole Life and Overcoming Problems of Early Origin*. London. Karnac Books Ltd.
- Riemer, S. E. y Fout, C. J. (Eds. 1983). *European Women. A documentary history, 1789-1945*. Brighton, Sussex. The Harvest Press Limited.
- Robison, R. B. y Frank, D. I. (1994). The relation between self-esteem, sexual activity and pregnancy. *Adolescente*, 29, 27-35.
- Rodrigo, M.J. y Palacios, J. (1998) (coords). *Familia y desarrollo humano*. Madrid. Alianza Editorial
- Rodrigues, A-R, (1997), *¿Aprendizaje Fetal: ¿Especulación o Realidad?* Manuscrito.
- Rodrigues, A-R, Niñirola-Molina, M.E. y Martínez, M.D (1999). *Atención integral durante el embarazo y postparto*. *Mente en Blanco. Revista de Psicología*, 1, 29-31.
- Rodrigues, A-R, (2001). *Memoria de licenciatura*. Departamento de Psicología Evolutiva. Universidad de Murcia
- Rodrigues, A-R, Pérez-López, J. y Brito, A. (2004). La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres y padres tempranos. Un estudio preliminar. *Anales de psicología*, 20, 95-102.
- Rodríguez, C., Ortiz, P., Peña, C. (2007). *Análisis de movimientos "respiratorios" fetales obtenidos a partir de imágenes de video de ultrasonido en modo M*. CLAIB 2007, IFMBE Proceedings 18, pp. 1242-1245, 2007. www.springerlink.com © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2007.
- Rodríguez, J.M.D. (2001). *La mente del niño. Como se forma y cómo hay que educarla*. Grupo Santillana de Ediciones, S.A. Ediciones El País, S.A.
- Rojas, M. L. (2009) *Convivir. El laberinto de las relaciones de pareja, familiares y laborales*. Santillana Ediciones Generales, S.L.

- Rohner, R. (1998). *Father love and child development: History and current evidence*. *Current Directions in Psychological Science*, 7, 157-161.
- Romero, A. (1995). *Aprendizaje Mediante Condicionamiento*. Primera Edición. D. M. Librero Editor.
- Rosenzweig, M. R. y Leiman, L. A. (1992). *Psicología Fisiológica*. 2ª Edición, Mcgraw-Hill.
- Rossi, R. y Check, D. (1988). *Assesing and reframing unconscious fears in obstetrics patients*. *Mind-Body Therapy: Methods of ideodynamic healing in hypnosis* 280-316
- Rufo, R.A. (1994) (coord.) *Manual de atención al embarazo, parto y puerperio*. Dirección General de Salud Pública. Junta de Andalucía. Conserjería de Salud.
- Ruiz, M., Martínez, M. y González, P. (2009) *Enfermería del niño y el adolescente*. 2ª Edición. Ediciones DAE (Grupo Paradigma). Capítulo 4 *El recién nacido*. Martínez y Chaure pp.60-105. Capítulo 3 *Salud, infancia y adolescencia*, Ruiz, M. pp.42-55
- Saialaja, B. V. and Swaminathan, V. D. (1992). *Working and no working pregnant women on state and trait anxiety*. *Psychological Studies*, 37, 173-178.
- Salud Mundial, *revista de la Organización Mundial de la Salud*, 51º año, nº1, Enero-Febrero de 1998.
- Salvatierra, V. (1989). *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*. Barcelona. Martínez Roca.
- Sánchez, A. F. (2000). *Errores congénitos del metabolismo: Formas de presentación*. (curso atención temprana).
- Santarelli, C. (2002). *Trabajo con individuos familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal*. *Organización Mundial de la Salud*. (http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_09.06_spa.pdf)
- Santos, P., Lerma, S. y Ruiz, P. (1998). *Vivencias del padre durante el embarazo*. *Revista ROL de Enfermería* 243, .

- SEGO, (2008). *Recomendaciones sobre la asistencia al parto de la Sociedad Española de Ginecología y obstetricia*.
http://www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendación_al_parto.pdf
- Sapolsky, R. (2008). *¿Por qué las cebras no tienen úlcera? La guía del estrés*. Tercera edición. Madrid. Alianza Editorial. S.A.
- Shapiro, J. (1990). *Estoy embarazado*. Barcelona. Ediciones B. S.A.
- Shih-Hsien, K.; Ruey-Hsia, Hui-Chen, Shu-Yuan y Fan-Hao, (2007). A Comparison of Different Severities of Nausea and Vomiting During Pregnancy Relative to Stress, Social Support, and Maternal Adaptation. *Journal of Midwifery & Women Health*, 52, 1-7.
- Siddiqui, A., Eisemann, M. and Häggglöf, B. (1999). An exploration of prenatal attachment in Swedish expectant women. *Journal Reproductive and Infant Psychology*, 17, 369-401.
- Singh, U., and Saxena, M. S. (1991). Anxiety during pregnancy and after child birth. *Psychological Studies*, 36, 108-111.
- Smith, C., Crowther, C, Beilby, J. y Dandeaux, J., (2000). The impact of nausea and vomiting on women: a burden of early pregnancy. *Australian and New Zeland Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40, 397-401.
- Sullerot, E.(1993). *El nuevo padre. Un nuevo padre para el mundo moderno*. Barcelona. Ediciones B, S.A.
- Stadlen, N., (2005). *Lo que hacen las madres: Sobre todo cuando parece que no hacen nada*. Barcelona. Ediciones Urano, S.A.
- Stanton, F. y Golombok, S. (1993). Maternal-fetal attachment during pregnancy following in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 14, 153-158.
- Szeverényi, P.; Póka, R.; Hetey, M. y Török, Z. (1998). Contents of childbirth related fear among couples wishing the partner's presence at delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 19, 1, 38-43.

- Swallow, B., Lindow, S., Masson, S., y Hay, D. (2002). Development of an instrument to measure nausea and vomiting in pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 22, 481-485.
- Swallow, B., Lindow, S., Masson, E. y Hay, D. (2004). Psychological health in early pregnancy: relationship with nausea and vomiting. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 24, 28-32.
- Tavera, E.; Capra, A.; Braveman, P.; Jensvold, N.; Escobar, G. y Lieu T. (2003). Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics*, 112, 108-15.
- Trethowan, W. (1965). The couvade syndrome. *The British Journal of Psychiatry*, 111, 57-66.
- Trindade, Z.; Andrade C. y De Souza J. (1997). Papeis parentais e representações da paternidade: a perspectiva do pai. *Psico*, 28, 207-222.
- Thomas, M.D. (2005) Relationship distress and disparities in birth outcomes: A biopsychosocial perspective. *Research funded by the USA Department of Health and Human Services Administration for Children and Families and Syracuse University*.
- Urrea, J. (2009) *Educación con sentido común*. Santillana Ediciones Generales, S.L.
- Van de Carr, F. y Lehrer, M. (1998). Prenatal University: Commitment to Fetal-Family Bonding and the Strengthening of the Family Unit as an Educational Institution. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 12, 119-134.
- Van Heteren, C.F.; Boekkooi, P. F.; Jongsma, M.W. and Nijhuis, J.G. (2000). Fetal learning and memory. *The Lancet*, 356, 1169-1170.
- Varela, O.M. (1982). *Psicología de la mujer embarazada*. Madrid. Dirección General de Juventud y Promoción Socio-Cultural.
- Verdult, R. (2009). Caesarean Birth: Psychological Aspects in Babies. *Int. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 21, 29-41.
- Verny, T., y Kelly, J. (1988). *La Vida Secreta del Niño Antes de Nacer*. Ediciones Urano, S. A.

- Verny, T., y Weintraub, P. (1992). *El vínculo afectivo con el niño que va a nacer*. Barcelona. Ediciones Urano, S.A.
- Verny, T., y Weintraub, P. (2002). *Tomorrow's Baby the Art and Science of Parenting From Conception Through Infancy*. New York: Simon and Schuster.
- Vieten, C. y Astin, J. (2008). Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study. *Arch Women's Mental Health*, 11, 67-74.
- Wadhwa, P.D., Sandman, C. A. y Garite, T. J. (2001). The neurobiology of stress in human pregnancy: Implications for prematurity and development of the fetal central nervous system. *Progress in Brain Research*, 133, 131-142.
- Wayland, J. y Tate, S. (1993). Maternal-fetal attachment and perceived relationships with important others in adolescents. *Birth*, 20, 198-203.
- Whatley, M y Knox, D. (2005). Scales for measuring college student views of traditional motherhood y fatherhood. *College Student Journal*, vol. 39, n.º.3:588.
- WHO/Europe-Making pregnancy safe...-Basic interventions and training.
- Wuindridge, K. C. (1996). Maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and early motherhood in women of 35 and over. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 14, 45-55.
- Yamamoto, A. (1996). Time perception, maternal tasks, and maternal role behavior among pregnant Japanese women. *Kango-Kenkyu (The Japanese journal of nursing research)*, 29, 94-109.
- Zachariah, R. (1994). Maternal-fetal attachment: influence of mother-daughter and husband-wife relationships. *Research in Nursing & Health*, 17, 37-44.
- Zayas, L. y Busch-Rossnagel, N. (1992). Pregnant Hispanic women: A mental health study. *Family in Society*, 73, 515-521.
- Zeanah, C. H., Carr; S. y Wolk, S. (1990). Fetal movements and the imagined baby of pregnancy: Are they related? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8, 23-36.

Zelaya, M. y Guerra, N. (2004). Estudio correlacional entre los niveles de ansiedad, depresión y perfil de estrés en mujeres diagnosticadas con infertilidad, en espera de tratamiento de reproducción asistida y la posibilidad de embarazo/no embarazo una vez finalizado el tratamiento.

[http://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=Zelaya+y+Guerra+\(2004\)+afrentamiento+.++&btnG=Buscar&lr=&as_ylo=&as_vis=1](http://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=Zelaya+y+Guerra+(2004)+afrentamiento+.++&btnG=Buscar&lr=&as_ylo=&as_vis=1)

Zimmermann-Tansella, C. , Bertagni, P., Siami, R. and Micciollo, R. (1994). Marital relationships and somatic and psychological symptoms in pregnancy. *Social Science and Medicine*, 38, 559-564.

Anexos

Cuestionario para la evaluación de la vinculación afectiva prenatal (EVAP) (Lafuente, 1994) (versión MADRE)

Edad _____ Mes de gestación _____ N° de hijos _____

Profesión _____ Nombre: _____

—

Nivel de estudios: _____ Clave: _____

A. Versión para la madre

Por favor, lea atentamente cada uno de los enunciados siguientes y marque con una X aquella respuesta que considere más adecuada para reflejar lo que usted piensa o siente.

1. Cuando tuve mi primera falta:

1. Se me cayó el mundo encima, porque no deseaba en absoluto quedarme embarazada
2. Me puse muy nerviosa, porque no había previsto quedarme embarazada
3. Me gustó pensar que posiblemente estaba embarazada, pero al mismo tiempo tuve ciertas dudas y temores
4. Me hizo ilusión la posibilidad de estar embarazada, aunque no lo estábamos buscando
5. Me llevé una gran alegría, porque estaba deseando quedarme embarazada

2. Me considero una persona:

1. Poco agradable a los demás
2. Del montón
3. Creo que valgo, pero que los demás no lo aprecian
4. Mejor que la mayoría
5. Que se puede querer

3. *Toco mi vientre para sentir los movimientos de mi hijo o hija*

1. Nunca
2. Casi nunca
3. A veces
4. Bastante
5. Muchísimo

4. *Cuando hablo de mi futuro hijo o hija suelo llamarlo:*

1. Eso, esa cosa
2. Lo que tengo ahí dentro
3. No sé como llamarlo
4. El feto, el no nacido
5. Mi hijo/hija, el niño/niña o me refiero a él con el nombre que va a tener

5. *Cuando pienso en mi vida con el bebé:*

1. Me siento mal
2. Me agobio
3. Tengo muchas dudas y temores
4. Me considero una madre capaz
5. Creo que le gustaré y que lo haré bien

6. *He elegido un nombre para mi hijo o hija:*

1. No, no tengo ganas de pensarlo
2. No, no he tenido tiempo de pensarlo
3. No, es aún un poco pronto para pensarlo
4. He dedicado un poco de tiempo a eso, pero aún no lo he decidido
5. Sí, ya sé el nombre que le voy a poner o ya tengo elegidos dos o tres

7. *He comentado con mi pareja los cambios (en las relaciones sociales, en las responsabilidades, en el trabajo, etc.) que la llegada del bebé producirá en nuestras vidas:*

1. No, nunca
2. Casi nunca
3. Alguna vez
4. Bastante
5. Mucho

8. *Imagino cómo es ahora mi hijo o hija:*

1. No, me resulta imposible
2. No, no lo he intentado
3. Me cuesta hacerlo
4. Lo hago algunas veces
5. Lo hago con frecuencia

9. Las relaciones con mi pareja:

1. No existen, han desaparecido del mapa
2. Son malas
3. A veces son buenas y a veces no tanto
4. Son bastante buenas en general
5. Son excelentes

10. Acaricio mi abdomen para que mi hijo o hija sienta el cariño que le tengo o para calmarlo si está inquieto moviéndose demasiado:

1. No, porque no creo que vaya a darse cuenta
2. No, porque me siento ridícula haciendo eso
3. No, porque no se me ha ocurrido
4. Sí, algunas veces
5. Sí, con relativa frecuencia

11. Encuentro que mi cuerpo actualmente:

1. Es horrible, un desastre
2. Es algo desgarbado
3. Me da lo mismo
4. No es el de una modelo, pero tiene gracia
5. Me encuentro favorecida con mi nuevo aspecto

12. Imagino cómo será mi bebé (su aspecto, su forma de ser, etc.):

1. No, me resulta imposible
2. No, no lo he intentado
3. Me cuesta hacerlo
4. Lo hago algunas veces
5. Lo hago con frecuencia y me resulta fácil

13. Evito realizar actividades que puedan resultar peligrosas para mi hijo o hija (llevar excesivo peso, hacer ejercicio demasiado violento, fatigarse en exceso, etc.):

1. No, porque no creo que exista ningún peligro
2. No, porque no voy a ir pidiendo ayuda por ahí
3. No sé, no me he parado a pensarlo
4. Sí, siempre que puedo
5. Sí, siempre

14. Cuando mi hijo o hija se mueve:

1. Me molesta
2. Me pone un poco nerviosa
3. Me resulta indiferente
4. Me llama la atención
5. Me gusta y/o emociona

15. Cuando pienso en la época de mi infancia:

1. La aparto de mi pensamiento
2. Creo que no fue demasiado buena
3. Me gusta y disgusta al mismo tiempo
4. Me parece buena en general
5. Creo que fue estúpida

16. Voy a clases de preparación para el parto:

1. No, ni pienso hacerlo, no las considero útiles
2. No, no tengo tiempo
3. No, quizá más adelante
4. Sí, porque quiero evitar en lo posible el dolor del parto
5. Sí, porque quiero que el parto vaya lo mejor posible y pienso que así ayudo también a mi hijo o hija

17. Le hablo a mi hijo o hija, le canto, le pongo música o le leo cosas en voz alta:

1. No, porque creo que es completamente inútil
2. No, porque me da vergüenza y pueden pensar que estoy algo loca
3. No, porque no me sale de forma espontánea
4. Sí, hago alguna de esas cosas a veces
5. Sí, con frecuencia hago algunas de estas cosas

18. Cuando era pequeña:

1. Nadie se mostraba cariñoso conmigo
2. Mis padres me pegaban bastante, porque lo merecía
3. Algunas personas no se portaron bien conmigo
4. Mis padres eran buenos, pero no me entendían bien
5. Mis padres me querían y supieron educarme bien

19. Puedo hacerme cierta idea del carácter de mi hijo o hija por su forma de moverse dentro de mí (por ejemplo, muy activo o muy reposado):

1. No
2. Casi nada
3. Tengo dudas
4. Un poco
5. Sí

20. He empezado a preparar algunas cosas para el nacimiento del bebé (su habitación, su ropa, la cuna, los biberones, etc.):

1. No, aún no he preparado nada porque me da pereza, no tengo muchas ganas, estoy poco motivada
2. No, aún no he tenido tiempo
3. Poca cosa, ya tendré tiempo más adelante
4. Algunas cosas
5. Ya lo he preparado casi todo

21. Cuando se confirmó el embarazo:

1. No quería creérmelo, la verdad es que aún no deseo tener este hijo
2. Me costó mucho hacerme a la idea y no sé aún si lo he aceptado del todo
3. Me costó algún tiempo aceptarlo, pero ya lo tengo bien asumido
4. Lo acepté bien, porque aunque no lo había planeado, no hubiera tardado demasiado en hacerlo
5. Me puse contentísima, ya que era lo que quería

22. He recogido información sobre el feto, sobre el bebé o sobre ambos:

1. No, ninguna
2. Algo, hablando con otras madres
3. Algo, hablando con otras madres y leyendo algunas cosas
4. Bastante (de otras madres, libros, revistas)
5. Mucha (de otras madres, libros, revistas, matronas, médicos, etc.)

23. Procuero llevar una alimentación equilibrada:

1. No me preocupo de ello
2. Como de capricho
3. Cuando me acuerdo de mi estado, procuro hacerlo
4. Sí, aunque ya la llevaba antes
5. Sí, sigo todas las indicaciones de mi ginecólogo

24. He pensado en la vuelta a casa desde el hospital:

1. No, creo que es un fastidio pensar en esas cosas
2. No, ni se me ha ocurrido
3. No, lo haré algo más adelante
4. Sí, creo que me las podré arreglar sola
5. Sí, creo que necesitaré algo de ayuda (de mi madre, de mi pareja o de algún otro)

25. Creo que el embarazo:

1. Es un auténtico fastidio
2. Es algo por lo que no hay más remedio que pasar si quieres un hijo
3. Es una época como otra cualquiera
4. Es algo nuevo e interesante, aunque pueda ocasionar algunas molestias
5. Es algo muy especial, es un privilegio ser mujer en este caso

26. Me resulta fácil imaginarme a mí misma dando de comer al bebé, cuidándolo, cambiándole los pañales, durmiéndolo, etc.:

1. Para mí es imposible imaginar todo eso
2. Me cuesta mucho esfuerzo imaginarlo
3. Me lo imagino, pero no sé si sabré hacerlo
4. Me lo imagino alguna vez
5. Me lo imaginas muchas veces y con facilidad

27. Mi pareja y yo hablamos del futuro bebé:

1. Nunca
2. Casi nunca
3. Alguna vez
4. Bastante
5. Mucho

28. He pensado en la alimentación de mi futuro bebé:

1. No, me aburre dedicarme a eso
2. No, es demasiado pronto
3. Estoy dudosa
4. Sí, lo alimentaré con biberón
5. Sí, si puedo lo alimentaré al pecho

29. Siempre me han gustado los niños:

1. No, ahora siguen sin gustarme
2. No, pero los tolero
3. Ni me gustan ni me disgustan
4. Sí, pero me cuesta ganármelos
5. Sí, lo paso bien con ellos y suelen simpatizar conmigo

30. El embarazo:

1. Me ha producido muchas molestias (náuseas, vómitos, dolores...), creo que no volveré a repetir
2. Me ha producido algunas molestias, que me han tenido bastante preocupada
3. Me ha producido algunas molestias, pero eso es bastante corriente y sabes lo que va a pasar
4. Apenas me ha producido molestias, creo que he tenido suerte
5. Ha sido excelente, no he tenido ni una molestia

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

	No supone un problema.	Tenemos problemas con frecuencia, pero los resolvemos.	Tenemos problemas con frecuencia, pero no encontramos una solución y discutimos.	Tenemos problemas con frecuencia, pero difícilmente hablamos de ello.
<i>1. Finanzas y economía.</i>				
<i>2. Comidas.</i>				
<i>3. Compras.</i>				
<i>4. Transporte.</i>				
<i>5. Trabajo del marido.</i>				
<i>6. Trabajo de la mujer.</i>				
<i>7. Cuidado de los hijos.</i>				
<i>8. Tareas domésticas.</i>				
<i>9. Quehaceres familiares.</i>				
<i>10. Tiempo de ocio y entretenimiento de los hijos.</i>				
<i>11. Tiempo de ocio y entretenimiento de la familia.</i>				
<i>12. Tiempo de ocio y entretenimiento de los adultos.</i>				
<i>13. Amistades.</i>				
<i>14. Relaciones sociales de compromiso.</i>				
<i>15. Religión.</i>				
<i>16. Educación de los hijos.</i>				
<i>17. Valores y criterios morales.</i>				
<i>18. Lo social.</i>				
<i>19. La política.</i>				
<i>20. Intereses culturales.</i>				

	No supone un problema.	Tenemos problemas con frecuencia, pero los resolvemos.	Tenemos problemas con frecuencia, pero no encontramos una solución y discutimos.	Tenemos problemas con frecuencia, pero difícilmente hablamos de ello.
21. <i>Puntos de vista conservadores actuales.</i>				
22. <i>Filosofía de la vida.</i>				
23. <i>Relaciones sexuales.</i>				
24. <i>Control de natalidad.</i>				
25. <i>Celos.</i>				
26. <i>Relaciones extra-matrimoniales.</i>				
27. <i>Demostraciones de afecto.</i>				
28. <i>Apariencia personal.</i>				
29. <i>Cuidado físico.</i>				
30. <i>Hábitos personales.</i>				
31. <i>Salud.</i>				
32. <i>Diferencias de temperamento y personalidad.</i>				
33. <i>Gustos.</i>				
34. <i>Hobbies.</i>				
35. <i>Relaciones con familiares próximos.</i>				
36. <i>Independencia propia.</i>				
37. <i>Independencia del otro.</i>				
38. <i>Otros:</i>				
<p><i>Señala con una P las áreas más problemáticas.</i></p> <p><i>Señala con una S las áreas más satisfactorias</i></p>				

.- Datos y anamnesis sobre embarazo parto, postparto y nacimiento.

(modificado de V. Pelechano, 1981, por Ana Regina Rodrigues, 2004)

NÚMERO INVESTIGACIÓN:

Fecha:

Madre:

Nombre Apellidos

DATOS DE EMBARAZO:

¿Cuáles han sido tus últimas revisiones médicas en el 3º trimestre:.....

.....

Ha tenido incidentes durante el 3º trimestre:.....

Ha mantenido sus hábitos de vida normales durante el 3º trimestre: Si No.

Duración del embarazo (semanas):.....

Nº **bebés:**

Ha tenido algún tipo de preparación especial para el parto:.....

.....

¿Durante cuánto tiempo?.....

Grado de satisfacción (0-10):

DATOS PARTO:

¿A qué hora empezó su trabajo de parto?.....

Rotura de bolsa.....Contracciones.....Frecuencia.....

Otros.....

Centro Hospitalario:.....

Fecha y hora de ingreso:.....

Fecha y hora de parto:.....

Grado de satisfacción con la asistencia sanitaria en el parto (0-10):.....

Anestesia:.....

Su pareja asistió el parto?.....

¿Qué le gustaría cambiar de la forma que ha parido?

.....

.....

Complicaciones durante el parto: Sí. No.....

.....

Maniobras obstétricas:.....

Cesárea: Si . . . No ..Programada: Si.....No

Motivo:.....

Tiempo de estancia en el hospital.....

Grado de satisfacción con atención recibida durante estancia

(0- 10):.....

.....
De todo que aprendió en las clases de preparación ¿qué le ha sido más útil para afrontar su parto?.....

DATOS POSTPARTO: (LOQUIOS, EPISIOTOMIA, ADAPTACIÓN)

DATOS RECIÉN NACIDO:

Nombre Apellidos

Sexo:..... Fecha y hora de nacimiento.....

Pretérmino () A término () Postérmino ()

Lloró al nacer: Longitud: P. Cefálico:.....

Peso al nacer:.....Peso al alta:..... Peso actual:.....

Estado general del niño: -Satisfactorio ()
-Patología neonatal.....

PRUEBAS:

Apgar: 1'5'

Hipoacusia:.....

Talón:.....

Tratamiento:

DATOS DE LACTANCIA:

Hora de nacimiento:

Hora de comienzo de la lactancia:.....

Tipo de lactancia que realiza: L.N.

L.A.*

L.M.*

¿Cuándo se dio la subida de la leche?:¿Cómo fue?

.....

Tiempo que lleva realizando lactancia:.....días.....

.....

Horario de tomas:.....

.....

.....

.....

.....

.....

*¿Quién le da de comer?.....

¿Dónde suele alimentarlo?.....

¿Qué recomendarías para una lactancia eficaz?

DATOS DE CUIDADOS DE ATENCIÓN PRIMARIA:

PEDIATRA

GRADO DE SATISFACCIÓN:

HÁBITOS:

BAÑO

SUEÑO

Cuestionario de Ideas de Padres y Madres, Palacios, 1988.

Modificado por Ana Regina Rodrigues, Maria Dolores Hidalgo y Julio Pérez-López (2004)

Para conocer, entre otras, la fuente de información de las ideas previas sobre el papel del padre en el parto; la lactancia; la percepción del nonato y del recién nacido, que tienen tanto los padres como las madres expectantes de la muestra, hemos agrupado en 5 categorías - de los- ítems que componen esta prueba.

1. Fuentes de obtención de información. Preguntas 1, 2,3, 4, 5, 6, 7 y 8.
2. Conocimiento de algunos aspectos del desarrollo del nonato. Preguntas 9,10,11,12,13,14,15,16.
3. Expectativas sobre el padre prenatal. Preguntas 17,18,19,20.
4. La lactancia. Preguntas 21,22,23,24,25,26.
5. Conocimientos de algunas características y cuidados del bebé. Preguntas 27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38.

Categoría 1

(preguntas 1 y 2,3,4,5,6,7,8)

FUENTES DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

(padres y madres)

Pregunta 1.

1. ¿Cree usted que es importante estar informado sobre los diferentes aspectos del embarazo?
 - 1) Sí.
 - 2) No.
 - 3) No sabe.

Pregunta 2

2. ¿Ha buscado información acerca del embarazo?
 - 1) Sí.
 - 2) No.

Pregunta 3.

3. ¿Mediante qué procedimientos se ha informado de lo que es un embarazo?
 - 1) A través de charlas, conversaciones o petición de consejos. SI NO
 - 2) A través de lecturas en revistas o libros especializados. SI NO
 - 3) A través de cursos relacionados con el tema (por ejemplo, cursos de preparación al parto). SI NO
 - 4) A través de los medios de comunicación audiovisual (programas de televisión y radio, internet, etc.) SI NO

Pregunta 4.

4. En el caso de que usted haya hablado o pedido consejos a otras personas, se ha dirigido a:

- 1) Médico. SI NO
- 2) Familiares y amigos. SI NO
- 3) Otro profesional, especifique

Pregunta 5.

5. En el caso de que haya obtenido información a través de lecturas, usted ha leído:

- 1) Libros. SI NO
 - 2) Revistas. SI NO
 - 3) Otros documentos de divulgación (folletos, guías...).
- Especifique.....

Pregunta 6.

6. En el caso de haber asistido a un Curso de Preparación al Parto, ¿con quién acudió?

- 1) Solo.
- 2) Con su pareja.
- 3) Con un amigo/a.
- 4) Con un familiar.

Pregunta 7.

7. ¿Mediante qué procedimientos se ha informado acerca de cómo criar y educar a un niño?

- 1) Ha leído libros o revistas. SI NO
- 2) Tenía experiencia previa con niños propios o de otros. SI NO
- 3) A través de la propia formación o de cursos específicos de preparación. SI NO
- 4) Fuentes menos específicas (cursillos en la iglesia, televisión,...). SI NO

Pregunta 8.

8. En el caso de haber leído revistas o libros, ¿recuerda alguna cosa concreta que usted haya aprendido en esas lecturas o que le haya llamado la atención?

- 1) No.
- 2) Recuerda cosas concretas.
- 3) No recuerda bien o son recuerdos imprecisos.

Categoría 2

(preguntas 9,10,11,12,13,14,15,16)

CONOCIMIENTO DE ALGUNOS ASPECTOS DEL DESARROLLO DEL NONATO

(padres y madres)

Pregunta 9.

9. ¿Cree usted que el niño cuando está dentro del vientre de la madre, a los 7 meses de embarazo, oye?

- 1) Sí.
- 2) No.
- 3) No sabe.

Pregunta 10.

10. ¿Cree usted que, también a los 7 meses de embarazo, el niño tiene ya su propia personalidad, es decir, que ya es de una forma u otra?

- 1) Sí.
- 2) No.
- 3) En parte sí, pero luego influye el medio.
- 4) No sabe.

Pregunta 11.

11. ¿Cree usted que existe alguna relación entre cómo se encuentra la madre embarazada y cómo se encuentra el niño?

- 1) Sí.
- 2) No.
- 3) No sabe.

Pregunta 12.

12. ¿En qué cosas le parece que hay relación?

- 1) En estados de ánimo. SI NO
- 2) En el bienestar físico. SI NO
- 3) Otros, especifique.....

Pregunta 13.

13. Si una mujer embarazada tiene un antojo, por ejemplo en la comida, y no puede satisfacerlo, ¿cree usted que eso influye eso sobre el niño?

- 1) Sí.
- 2) No.
- 3) No sabe.

Pregunta 14.

14. Si influye, ¿en qué aspectos?

- 1) Características físicas. SI NO
- 2) En su forma de ser. SI NO
- 3) Otros, especifique.....

Pregunta 15.

15. ¿Qué cosas cree usted que es bueno que haga la madre embarazada para beneficiar al niño antes de nacer?

- 1) Buscar atención y asesoramiento psicológico. SI NO
- 2) Cuidados físicos. SI NO
- 3) Estados de ánimo apacibles. SI NO
- 4) Cursos de preparación. SI NO
- 5) Atenciones dirigidas al niño. SI NO
- 6) No sabe.

Pregunta 16.

16. ¿Qué cosas cree usted que debe evitar hacer una madre embarazada porque puedan perjudicar al niño?

- 1) Esfuerzos físicos. SI NO
- 2) Tensiones psicológicas. SI NO
- 3) Nada. SI NO

Categoría 3

(preguntas 17,18,19,20)

EXPECTATIVAS SOBRE EL PADRE PRENATAL

(padres y madres)

Pregunta 17.

17. ¿Cree usted que el hombre tiene un papel importante en el bienestar de su pareja durante el embarazo?

- 1) Sí.
- 2) No.
- 3) No sabe.

Pregunta 18.

18. Para que la madre tenga un buen embarazo, el padre puede contribuir de diferentes formas. **Señale el orden** de importancia que tienen las siguientes opciones para usted, enumerando de 1 al 3. (Siendo 1 nada importante y 3 muy importante).

Ayudando en las tareas.

Apoyando, animando, atendiendo a la madre.

Atenciones físicas concretas (por ejemplo, no fumar).

Pregunta 19.

19. ¿Cree que es bueno o aconsejable que el padre acompañe a la madre durante el parto?

1) Sí.

2) No.

3) Da igual.

4) Depende del padre.

5) No sabe.

Pregunta 20.

20. ¿Por qué?

Señale el orden de importancia que tienen las siguientes opciones para usted, enumerando de 1 al 5. (Siendo 1 nada importante, 2 poco importante, 3 importante, 4 bastante importante y 5 muy importante).

Por evitar nervios, molestias, angustias de la situación.

Para beneficio de la madre.

Para beneficio del padre.

Para beneficio de la pareja, la relación y el niño.

Para que el padre vea lo mal que se pasa.

Categoría 4

(preguntas 21,22,23,24,25,26)

LA LACTANCIA

(madres y padres)

Pregunta 21.

21. ¿Cómo piensa usted alimentar al niño?
- 1) Al pecho.
 - 2) Con biberón.
 - 3) Biberón y pecho.
 - 4) Está indecisa/o o depende de lo que diga el médico.

Pregunta 22.

22. ¿Por qué?
- | | |
|---|---|
| 1) Por lo aprendido de experiencias previas. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2) Por consejo médico. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3) Por razones físicas, de comodidad, economía... | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4) Por razones de cercanía o de afecto. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5) Por ser más natural, más saludable. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

Pregunta 23.

23. ¿A qué edad cree que se debe llevar a cabo el destete?
- 1) 1-2 meses.
 - 2) 3 a 5 meses.
 - 3) 6 a 8 meses.
 - 4) De los 8 meses en adelante.
 - 5) Cuando ya no sea posible la lactancia o deje de ser beneficioso para el niño.
 - 6) No sabe.

Pregunta 24.

24. ¿Cuándo le dará usted de comer al niño?
- 1) Cada vez que lllore.
 - 2) Con horario fijo, es decir, cada cierto número de horas y durante un tiempo limitado.
 - 3) Secuenciando los procedimientos (por ejemplo, primero a petición y luego con horario).
 - 4) No sabe.

Pregunta 25.

25. ¿Por qué?

- | | |
|--|---|
| 1) Por experiencia previa, propia o de otros. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2) Por consejos de especialistas, lecturas, etc. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3) Por los ritmos biológicos del niño. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4) Por razones psicológicas (hábitos, disciplina ...). | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5) Por razones de salud. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 6) Por preferencia o comodidad de los padres. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 7) No sabe. | |

Pregunta 26.

26. ¿Cree usted que la asistencia a un curso sobre lactancia antes del nacimiento del bebé, solucionaría las dificultades que algunas madres encuentran al principio?

- 1) Sí.
- 2) No.
- 3) Solucionaría algunas dificultades, especifique cuáles

Categoría 5

(preguntas 27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38)

CONOCIMIENTOS DE ALGUNAS CARACTERÍSTICAS Y CUIDADOS DEL BEBÉ

(padres y madres)

Pregunta 27.

27. Desde el nacimiento algunos bebés son más inquietos que otros, algunos son más llorones y otros más tranquilos. ¿A qué cree usted que se deben estas diferencias?

- | | |
|---|---|
| 1) Depende de la herencia. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2) Depende de cómo ha sido el embarazo. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3) Depende de cómo ha sido el parto. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4) Depende de la atención y cuidados que recibe. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5) Depende del ambiente familiar. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 6) Depende tanto de la herencia como del ambiente familiar. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 7) No sabe. | |

Pregunta 28.

28. ¿Cree usted que se puede hacer algo con un bebé muy llorón e intranquilo para que lo sea menos?

- 1) Sí.
- 2) No.
- 3) No sabe.

Pregunta 29.

29. Si cree que sí, ¿qué cosas se le ocurren?

- | | |
|---|---|
| 1) Cogerle. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2) Darle afecto. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3) Tranquilidad y orden en el hogar (nivel de ruido). | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4) Cuidados físicos (aseo, comida). | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5) No sabe. | |

Pregunta 30.

30. ¿Con qué frecuencia cree usted que se debe coger a los niños?

- 1) Cogerlos a menudo.
- 2) Cuanto menos mejor.
- 3) Ni mucho ni poco.
- 4) Depende de factores del niño, de la madre o de la situación.
- 5) No sabe.

Pregunta 31.

31. ¿Por qué?

- | | |
|--|---|
| 1) Por razones de hábito. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2) Por razones emocionales, por afecto. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3) Por tranquilidad y beneficio de los padres. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4) Por tranquilidad y beneficio del niño. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

Pregunta 32.

32. Vamos a hablar ahora de otras cosas: ¿a qué edad cree usted que empiezan los niños a ver?

- 1) Desde antes de nacer.
- 2) Menos de un mes o la cuarentena.
- 3) De un mes y medio a 3 meses.
- 4) De 3 meses y medio en adelante.
- 5) No sabe.

Pregunta 33.

33. ¿Y a qué edad cree usted que empiezan a oír?
- 1) Desde antes de nacer.
 - 2) Menos de un mes o la cuarentena.
 - 3) De un mes y medio a 3 meses.
 - 4) De 3 meses y medio en adelante.
 - 5) No sabe.

Pregunta 34.

34. ¿Cree usted que los niños pequeños (menores de 6 meses) tienen emociones?
- 1) Sí.
 - 2) No.
 - 3) No sabe.

Pregunta 35.

35. ¿Qué es lo que hace que un niño tan pequeño esté alegre?
- | | |
|------------------------------------|---|
| 1) Bienestar físico. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2) Bienestar emocional. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3) Relación con quienes le rodean. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4) Ambiente familiar. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5) No sabe. | |

Pregunta 36.

36. ¿Qué es lo que hace que un niño tan pequeño tenga miedo?
- | | |
|--|---|
| 1) Dolor, enfermedad, malestar físico. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2) Incertidumbre, soledad, inseguridad. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3) No tienen miedo. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4) Sustos, ruidos, gritos, sobresaltos. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5) Influencia de los padres, ambiente agresivo. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 6) El miedo proviene del propio niño (sueños, nervios...). | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 7) No sabe. | |

Pregunta 37.

37. Hay padres que prefieren que sus hijos estén muy cercanos a ellos, mientras que otros prefieren que sus hijos los quieran pero sean independientes. ¿Qué prefiere usted?
- 1) Dependencia.
 - 2) Independencia.
 - 3) Algo intermedio.
 - 4) Depende de la edad.

Pregunta 38.

38. Que el niño sea más dependiente o más independiente, ¿de qué dependerá?
- 1) De la herencia.
 - 2) De la educación, del ambiente.
 - 3) De la interacción herencia-medio.
 - 4) No sabe.

Notas

