

# Los programas de educación maternal-paternal en el sistema nacional de salud

**M<sup>a</sup> Jesús Sanz**

Psicóloga.

Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO)

**E**n el Cuaderno n° 6 del SIPOSO sobre “Embarazo y parto saludables”, del que soy autora junto a Demetrio Casado, no pudo ser abordado, sino sólo mencionado, el asunto que da título al presente artículo. Éste es una ampliación, en el aspecto que declara su título, de lo que se expone en el apartado 3.3 del Cuaderno 6 del SIPOSO (Casado y Sanz, 2016: 23-29), sobre los recursos públicos que se ofertan a la población durante la etapa del embarazo, cuyo interés es indudable. Es por ello que haré bastantes referencias al texto del Cuaderno n° 6 ya que, como digo, este artículo se entiende –y está conectado– en el marco de dicho trabajo. Su objetivo es el mismo: contribuir a la crianza saludable, a la salud integral de los niños en sus primeros años de vida, en este caso también en la etapa prenatal. El embarazo es un momento crítico tanto para la prevención de posibles deficiencias en el futuro niño como para la implantación y desarrollo de conductas física y psicológicamente saludables en los padres (principalmente en la madre) que repercutirán no sólo durante la etapa sino después del nacimiento y durante la crianza (Jáñez, 2009: 166).

La educación maternal-paternal es un eslabón en la cadena de la prevención y de la educación para la salud durante el embarazo, y, aún más, desde la consulta preconcepcional. Se articula a través del seguimiento médico y la información y educación en estilos de vida saludables, incluyendo los aspectos psicológicos, tanto en la consulta individual como en los programas grupales de preparación/educación para la maternidad-paternidad.

## **HISTORIA, OBJETIVOS, CONTENIDOS**

En la actualidad los programas de educación maternal-paternal (PEMP) son un servicio ofertado por el Sistema Nacional de Salud (SNS) como queda recogido en el Real Decreto 1030/2006, de

15 de septiembre, que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. En el Anexo II, disposición 6.3.3, se incluye la atención al embarazo y puerperio, estableciendo las siguientes actuaciones de atención primaria:

- a) Captación de la mujer embarazada en el primer trimestre de gestación y detección de los embarazos de riesgo.
- b) Seguimiento del embarazo normal, de manera coordinada y protocolizada con atención especializada, según la organización del correspondiente servicio de salud.
- c) **Educación maternal, incluyendo el fomento de la lactancia materna, la prevención de incontinencia urinaria y la preparación al parto.**
- d) Visita puerperal en el primer mes del posparto para valoración del estado de salud de la mujer y del recién nacido”.

Se inscribe por tanto dentro de un conjunto de actividades del sistema sanitario que pretenden la mejor salud de la mujer y el futuro niño y la detección temprana de posibles problemas en la madre o en el niño, incluyendo además la atención en los primeros meses de vida del niño.

Es ofrecido por el SNS mediante programas que reciben varias denominaciones: “educación maternal-paternal”, “preparación prenatal”, “preparación para la maternidad y paternidad”, “preparación al nacimiento”, “preparación para el embarazo, nacimiento y crianza”, y se viene prestando desde la década de los 80 del pasado siglo, cuando se introdujeron en la sanidad pública con la creación de las Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica (Ortiz, 2014: 43), aunque los

primeros que surgieron en nuestro país se remontan a 1955.

Su impartición está encomendada a las matronas de los centros de salud que actúan en coordinación con otros profesionales de la atención primaria y de la atención hospitalaria.

Los PEMP cuentan con viejos antecedentes, los cuales pueden verse en un trabajo muy bien documentado de la matrona doctora Fernández y Fernández-Arroyo (2012) en el que también recoge las diferentes escuelas y métodos. Los PEMP no son exclusivos del SNS, también se ofertan en la administración local y en el ámbito privado.

Comenzaron con el objetivo de ayudar a la mujer a disminuir el dolor en el parto, de forma que se conocían coloquialmente como cursos para “el parto sin dolor”. Posteriormente se recogieron en el Plan Integral de Atención a la Mujer del Instituto Nacional de Sanidad, (Matesanz, 1998: 45), en el apartado que dedicó a la atención al embarazo, parto y puerperio. Debido a cambios sociológicos (evolución del papel del varón y la mujer), científicos (psicología prenatal, epigenética, teorías del apego) y descubrimientos médicos (la analgesia epidural, p. ej.) ampliaron su enfoque e introdujeron temas más amplios en línea con la educación para la maternidad y paternidad, tal como se desarrollan en la actualidad (Fernández y Fernández-Arroyo, *op. cit.*: 126). Así, los programas han evolucionado en cobertura (pues no se limitan a la embarazada sino que incluyen a su pareja u otra persona cercana), en contenidos (pues ahora se abordan aspectos emocionales y de dinámica familiar, cuidados del recién nacido e importancia del vínculo en el embarazo y después del nacimiento) y en la metodología educativa (más participativa, en un clima de confianza para poder expresar emociones, miedos y dudas) (*op. cit.*: 401). El cambio de paradigma en la atención al embarazo y parto está basado en el respeto a la fisiología, el protagonismo de la mujer y el ejercicio de su autonomía, dentro del marco de la evidencia científica (Ortiz, 2014: 6), recogidos en la *Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN)* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Según Fernández y Fernández-Arroyo, el Programa de Educación Maternal que el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó en 1995 ha sido la base de la práctica de los programas actuales reformados y reforzados en base a las distintas estrategias elaboradas por el Departamento de Sanidad,

así como actualizados en sus contenidos siguiendo las evidencias científicas. Sus objetivos fueron: favorecer la adquisición de comportamientos saludables, permanentes y transmisibles a la familia; proporcionar a la mujer o a la mujer y su pareja los instrumentos que les permitan actuar responsablemente durante el embarazo, parto, puerperio y cuidado del recién nacido; lograr un parto con bienestar para la madre y el hijo. Su finalidad de incidir en la disminución de la morbi-mortalidad materno-infantil y mejorar la vivencia positiva de estos procesos por parte de las mujeres y sus parejas sigue vigente (*op. cit.*: 103). Es también el momento de detectar factores de riesgo psicosociales (estrés, déficit de apoyos del entorno...) como recoge la *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva* (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011), documento que detalla los contenidos que conviene trabajar en los programas (pp. 90-97).

Se suelen contemplar tres niveles: 1) de la 14 a la 18 semana –de 2 a 4 sesiones; 2) tercer trimestre de gestación, a partir de la semana 28 –de 5 a 11 sesiones; 3) a partir de la 4ª semana después del parto –de 2 a 4 sesiones– (*op. cit.*: 123).

El primer nivel se iniciaría una vez confirmado que el embarazo sigue adelante, pero no siempre se oferta. Durante los primeros 5 o 6 meses es la matrona (y/o el ginecólogo) la encargada de transmitir las pautas de vida saludable a la embarazada y su pareja y la información sobre las transformaciones que se van sucediendo en el niño por nacer y en la mujer. Siendo los primeros tres meses de embarazo muy importantes para la prevención por ser el momento de mayor despliegue fisiológico, con frecuencia transcurren sin que la embarazada solicite información, de ahí la importancia de la consulta preconcepcional como momento en el que afianzar las pautas saludables que se extenderán de forma natural a los primeros meses de embarazo.

El nivel 2 es el más conocido y demandado. En él se promueve la vinculación con el futuro hijo, y la mejor vivencia de la gestación; se proporcionan conocimientos sobre el autocuidado y estilo de vida saludable; sobre el desarrollo del feto y sus capacidades; se practican técnicas de relajación y ejercicios convenientes para un mayor autocontrol y seguridad en parto y postparto; se informa sobre el final de la gestación, parto, las prácticas recomendadas por la EAPN en el mismo y elaboración del plan de parto, técnicas

de mejora del dolor; puerperio, planteamiento práctico de la organización de vida; cuidados del recién nacido y lactancia. Todo ello con sus técnicas de apoyo correspondientes las cuales están destinadas a que las/os asistentes expresen sus dudas, emociones, temores y aumenten su seguridad y bienestar en el proceso (*op. cit.*: 103-104). En el punto 3.1 del cuaderno 6 (pp. 16-20) se abordan los conocimientos científicos base de los contenidos de los programas.

Los contenidos son bastante comunes a todos los PEMP, que luego son adaptados por la matrona al grupo concreto al que van dirigidos al igual que la metodología a emplear. La oferta real, según la autora citada, varía de unas Comunidades Autónomas a otras en función, entre otras razones, de los profesionales disponibles y su carga de trabajo, volumen de la población de mujeres en edad fértil y tasa de natalidad de la zona. Cito a continuación a modo de buen ejemplo, el “Programa de preparación a la maternidad y paternidad” del Gobierno de Cantabria (2010) que recoge como uno de sus objetivos, además de los relacionados anteriormente, “contribuir a desarrollar modelos de maternidad y paternidad que fomenten la corresponsabilidad y la coeducación” (p. 9); entre sus fundamentos “entender la maternidad como un proceso que se inicia antes del embarazo y va más allá del parto, la lactancia y el inicio de la crianza” y enfocar el papel del padre como copartícipe en el cuidado y siempre como apoyo a la pareja (p. 10); entre los temas a abordar, la comunicación y vinculación con el bebé por parte del padre y los sentimientos ante la paternidad así como aceptar ambos la autonomía del bebé y su individualidad específica (p.11). Aspectos todos ellos relevantes no solo durante el embarazo sino que extienden su influencia al proceso de crianza a la hora de responder adecuadamente a las necesidades del bebé una vez nacido; particularmente, la promoción del vínculo afectivo con éste por parte de madre y padre, ya que existe una correlación entre el creado en este periodo y el tipo de apego que se establecerá después (Fonagy, 1991: 891-905).

Fernández Mateos (2005: 95), señala que la vinculación maternal genera beneficios para la gestación, entre otros, induce a la madre a desarrollar conductas de promoción de la salud física y psíquica reduciendo el número de complicaciones físicas, emocionales y psicosociales, reduce miedos e inquietudes y genera confianza en sí misma.

Respecto a la importancia del vínculo de apego seguro a proporcionar al niño y cómo ha de ser la respuesta a las necesidades del niño por parte de las madres/padres para favorecer su desarrollo integral, contenidos que me parecen relevantes a incluir en los PEMP, remito a los Cuadernos 4 y 5 del SIPOSO dedicados a estos aspectos (Casado y Sanz, 2012; Sanz, 2014).

El periodo prenatal está influido por componentes biológicos, psicológicos y socio-culturales, por lo que todos ellos han de ser tenidos en cuenta en estos programas en cuanto a su influencia en la madre-padre-niño intrauterino. Si no es así, el embarazo será vivido por la mujer como un estado biológico sin más en el que ésta se somete a la autoridad del personal sanitario y se perderá la oportunidad de ofertar un buen comienzo al futuro bebé y a sus padres (Fernández Mateos, *op. cit.*: 83).

Respecto a la efectividad de los programas, tanto Fernández y Fernández-Arroyo (*op. cit.*: 94) como Ortiz (*op. cit.*: 15) reseñan trabajos que no resultan concluyentes para todos los objetivos que pretenden cubrir. Por ejemplo, no siempre mejoran el resultado de los partos y a veces se despiertan expectativas sobre éste que luego se frustran por diferentes motivos, entre otros la falta de adecuación del hospital (Ortiz, p. 203), aunque la EAPN ofrezca recomendaciones precisas sobre el tema. De las evaluaciones que se han realizado, objeto de las investigaciones de ambas autoras citadas, sí se desprenden beneficios como el aumento de la sensación de seguridad y control, de relación afectiva positiva con el bebé, disminución de consumo de sustancias tóxicas, cuidados del embarazo, aprendizaje de conocimientos de cuidados y técnicas de apoyo, lactancia materna y satisfacción de las usuarias (Fernández y Fernández-Arroyo, *op. cit.*: 372, 379, 391), poder compartir sus dudas, experiencias y emociones con otras mujeres, conocer los protocolos que se les aplican en el parto (Ortiz, *op. cit.*: 251).

## RETOS

Los PEMP tienen algunos retos que conseguir, entre otros, la mayor participación de los padres; la mejor captación de mujeres y varones inmigrantes o de las que se encuentran en situación vulnerable social y culturalmente; extender realmente su aplicación a toda la población específica; poder ofertar todos los niveles con tiempo

suficiente, de forma integral, desde la reflexión y no sólo desde la adquisición de conocimientos; aplicar instrumentos de validación para mejorar su eficacia.

Para ello es necesario que el número de matronas sea suficiente, que los distintos profesionales estén formados adecuadamente –también para la captación eficaz–, que se establezcan colaboraciones y estrategias con otros profesionales del ámbito público y del tercer sector que colaboren a conseguir los objetivos de los PEMP. La justificación a este apartado «Retos» se encuentra documentada en el Cuaderno 6 (pp. 22-26 y 30-31).

El potencial preventivo de los PEMP desde el punto de vista físico y psicológico es enorme. Su potenciación y mejora son por tanto ineludibles. Respecto a la futura crianza de los hijos pueden ser un primer paso a continuar después en el marco del seguimiento del desarrollo del niño que el SNS realiza después del nacimiento.

La información y educación ofrecida a las madres y padres en esta etapa es una valiosa oportunidad por ser un momento en que los padres tienen una especial receptividad hacia la información y al apoyo. Las actuaciones políticas tienen que asegurarlos para todas las familias como aconseja el Manifiesto 1001 Critical Days (Leadsom, 2013).

## BIBLIOGRAFÍA

---

- CASADO, D. Y SANZ, M. J. (2012): *Crianza saludable. Fundamentos y propuestas prácticas*. Madrid: Editorial Polibea.
- CASADO, D. Y SANZ, M. J. (2016): *Embarazo y parto saludables. Conocimiento y recursos disponibles, y propuestas de mejora*. Madrid: Editorial Polibea.
- FERNÁNDEZ Y FERNÁNDEZ-ARROYO, M. (2012): *Elaboración, validación, aplicación de una herramienta de evaluación para los programas de educación maternal de los centros de atención primaria de la Comunidad de Madrid*. Tesis Doctoral. Universidad Pontificia de Comillas. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Madrid. (Disponible en la biblioteca central de la Universidad Pontificia de Comillas, Madrid).
- FERNÁNDEZ MATEOS, L. M. (2005): *El vínculo afectivo con el niño por nacer*. Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
- FONAGY, P. ET AL. (1991): “Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age”, *Child Development*, 62, pp. 891-905.
- GOBIERNO DE CANTABRIA (2010): *Programa de preparación para la maternidad y paternidad*. [www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/ProgramaPreparacionMaternidad (consultado: 18.V.2016)].
- JÁÑEZ, M. (2010a): “Prevención obstétrica de las deficiencias: Asistencia preconcepcional y asistencia al embarazo normal”, en *Prevención de deficiencias*, Observatorio de la Discapacidad, pp. 157-234. [http://observatoriodeladiscapacidad.info/attachments/article/17/Prevenci%C3%B3n%20de%20deficiencias.pdf (consultado: 13.XI.2015)].
- LEADSOM, A. ET AL. (2013): “1001 Critical Days: The importance of the conception to age two period” [www.1001criticaldays.co.uk/the\_manifesto.php (consultado: 9.II.2016)].
- MATESANZ, R, (COORD.) (1998): *Plan Integral de Atención a la Mujer*. Instituto Nacional de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. [www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/plan\_mujer.pdf (consultado: 8.III.2016)].
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2007): *Estrategia de Atención al Parto Normal* [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm (consultado: 19.XI.2015)].
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (2011): *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva* [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf (consultado: 21.I. 2016)].
- ORTIZ VILLANUEVA, L. (2014): *Por qué acuden y cómo influye la Educación Maternal en un grupo de mujeres*. Tesis Doctoral. Universidad de Alcalá de Henares. [www.dspace.uha.es/dspace/tesis%20M%20Lourdes%20Ortiz.pdf (consultado: 21.I.2016)].
- SANZ, M. J. (2014): *Orientaciones para la crianza. Guía de documentos destinados a los padres*. Madrid: Editorial Polibea.