

LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN MATERNAL Y EL EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES¹

Matilde Fernández y Fernández-Arroyo

Correo electrónico: mfernandezarroyo@gmail.com

Profesora de Enfermería y Matronas

Instituto de Investigación del Hospital Universitario La Paz (Madrid)

Escuela de Enfermería San Juan de Dios. Universidad Pontificia Comillas (España)

Matrona, Doctora en Psicología

Recepción: 20/09/2016

Aceptación: 21/10/2016



AGRADECIMIENTOS

Al grupo de Investigación SGR0156 (eDosier) y al Proyecto FEM2012-33067: Maternidad, tecnología y relación asistencial por invitarme como ponente al I Congreso Internacional Género, Ética y Cuidado, celebrado en Barcelona en mayo de 2014. Este trabajo deriva de la ponencia pronunciada en dicho Congreso.

¹ Este trabajo es una actualización de la ponencia con el mismo título presentada en el I Congreso Internacional «Género, Ética y Cuidado» organizado por el grupo de Investigación eDOSIER (SGR2014-0156) de la E.U. de Enfermería de la Universidad de Barcelona.

RESUMEN

Objetivo

Explorar el concepto de empoderamiento y el papel de los programas de educación maternal en el empoderamiento de las mujeres y sus parejas.

Material y método

Revisión sistemática en seis bases de datos: Open Thesis, LILACS, Medline/Pubmed, CINAHL, CUIDEN y Cochrane Plus desde el 1 de enero de 1998 al 1 de abril de 2016. Límite del año 1998 por los trabajos de Rising. Se incluyeron estudios independientemente del escenario donde se realizó la investigación. Nivel de evidencia determinado con la clasificación de Oxford Centre for Evidence Based Medicine⁶.

Resultados

Cumplieron criterios 15 trabajos en Medline/Pubmed, 5 en CUIDEN, 5 en Cochrane, 1 en LILACS, 1 en CINAHL y 0 trabajos en Open Thesis. La información obtenida ha permitido estructurar la revisión en siete apartados significativos: concepto, teorías, repercusión de las teorías de empoderamiento sobre el rol sanitario profesional, el empoderamiento y la atención a las mujeres, el empoderamiento a través de los programas de educación para la salud y los programas de educación para la maternidad/paternidad.

Conclusiones

Los programas de educación para la maternidad/paternidad son una poderosa herramienta para empoderar a la población en la gestación, el parto y el puerperio.

Palabras clave: educación prenatal, educación maternal, preparación del embarazo, empoderamiento, evaluación de programa.

ABSTRACT

Objective

To determine the concept of empowerment and the role of maternal education programs in the process of empowering women and their partners.

Materials and methods

A systematic review of six databases: Open Thesis, LILACS, Medline / Pubmed, CINAHL, CUIDEN and Cochrane Plus from January 1, 1998 to April 1, 2016. The year 1998, when Rising's pioneering work was published, was chosen as the starting point. Studies were included regardless of the study scenario. The level of evidence was determined with the Oxford Center for Evidence Based Medicine classification.

Results

Fifteen studies in Medline/Pubmed met the criteria, five in CUIDEN, five in Cochrane, one in LILACS, one in CINAHL and none in Open Thesis. The information obtained allowed us to structure the review into six significant sections: 1) concept, 2) theories, 3) impact of empowerment theories on the role of health professionals, 4) empowerment and care for women, 5) empowerment through health education programs, and 6) empowerment of women through maternity/paternity education programs.

Conclusions

Maternity/paternity education programs are a powerful tool to empower the population during gestation, childbirth and post-partum.

Keywords: prenatal education, childbirth education, centering pregnancy, program evaluation, empowerment, program assessment.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), la mortalidad materna mundial se ha reducido en un 45% desde 1990, pero todavía mueren cada día unas 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. El 99% de esta mortalidad corresponde a los países en desarrollo, especialmente en las zonas rurales y en las comunidades más pobres (Karlsen, 2011). Say (2014), indica que las mujeres jóvenes y las adolescentes corren mayor riesgo de muerte. La mayoría de estas muertes maternas son evitables. UNICEF (2013) resalta que, además de morir las madres, cada año mueren cerca de 3 millones de recién nacidos, y otros 2,6 millones mueren antes de nacer. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto y a la atención sanitaria en las primeras semanas de puerperio. Por ello, Patton (2013) indica que es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios especializados, puesto que la conducta clínica apropiada y el tratamiento a tiempo pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte. Esta situación ha determinado que la mejora de la salud materna sea uno de los Objetivos 2020 de la Organización Mundial de la Salud (2016). Para ello, se están ofreciendo orientaciones clínicas basadas en datos científicos y se están fijando normas mundiales y canales de apoyo técnico a los Estados Miembro, la *Estrategia mundial de la salud de las mujeres y los niños* (2016).

En la atención sanitaria a la mujer del siglo XXI, hay dos parámetros imprescindibles: «seguridad» y «calidad». «Seguridad» para conseguir la reducción de la morbimortalidad materno-infantil en todo el mundo y «calidad», según la American Society for Quality (2010), para ofrecer una atención sanitaria de acuerdo con los conocimientos de la evidencia científica y con la capacidad para satisfacer las necesidades y los deseos de los clientes.

El reto para la salud de las mujeres en los países en desarrollo, desgraciadamente, sigue siendo el de la seguridad y conseguir reducir al altísimas cifras de morbimortalidad materno-infantil, intentando en primer lugar proporcionar a todas ellas la posibilidad de asistencia sanitaria durante la gestación, el parto y el puerperio. Sin embargo, en los países desarrollados, el reto es aumentar la calidad de la asistencia para estar a la altura de las necesidades de cada mujer y/o su pareja en estos procesos,

favoreciendo el control sobre su salud, la de su hijo y la de su entorno. Para lograr estos retos, es imprescindible educar a la población en salud y lograr que sean los propios participantes los que se empoderen o se hagan responsables de su salud y sean capaces de transformar su medio y su comunidad (UNWomen, 2016). En el ámbito de la salud materno-infantil, los programas de educación maternal han demostrado su eficacia para reducir la morbilidad materno infantil. De este modo, el objetivo del estudio es profundizar en el concepto de empoderamiento y el papel de los programas de educación maternal en el empoderamiento de las mujeres y sus parejas.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática en 6 bases de datos: OpenThesis, LILACS, Medline/Pubmed, CINAHL, CUIDEN, Cochrane Plus desde el 1 de enero de 1998 al 1 de abril de 2016. Fue utilizado como límite de tiempo el año 1998 por la relevancia de los trabajos de Rising (1998). Se limitó el idioma de las publicaciones a inglés, francés y castellano. Se incluyeron estudios de empoderamiento de las mujeres en la gestación, parto y puerperio y los programas de educación para la maternidad/paternidad, independientemente del escenario de estudio. Se utilizaron las siguientes palabras claves: «prenatal education» [MeSH terms], «childbirth education», «centering pregnancy», «program evaluation» [MeSH terms], «empowerment», «program assesment». Dichos términos fueron relacionados mediante la combinación booleana «and». La selección de las publicaciones y la extracción de los datos fue realizada por un revisor. En una primera fase, se seleccionaron los trabajos relacionados con la pregunta y el objetivo de la revisión. El primer análisis se basó en la información del título, el resumen y las palabras clave de cada estudio. Cuando los resúmenes no contenían la información necesaria, se revisó el texto completo. En la segunda fase, para valorar los trabajos seleccionados a texto completo, se utilizó como método de análisis para determinar su nivel de evidencia la clasificación de Oxford Centre for Evidence Based Medicine⁶.

RESULTADOS

En la primera fase de búsqueda de artículos, se seleccionaron 29 trabajos en Medline/Pubmed, 6 en CUIDEN, 12 en Cochrane, 6 en LILACS, 2 en CINAHL y 3 trabajos en OpenThesis. Tras la valoración de la adecuación de los trabajos al objeto y la calidad de estudio, cumplieron los criterios de inclusión 15 trabajos en Medline/Pubmed (3 ECA, 5 revisiones y 8 estudios de cohortes), 5 estudios de cohortes en CUIDEN, 5 revisiones sistemáticas en Cochrane, 1 revisión sistemática en LILACS, 1 estudio de cohortes en CINAHL y 0 trabajos en OpenThesis. La información obtenida de las diferentes fuentes ha permitido estructurar la revisión en siete apartados que contextualizan los elementos más significativos: concepto de «empowerment»; empoderamiento, del cambio del individuo al cambio social; repercusión de las teorías de empoderamiento sobre el rol sanitario profesional; el empoderamiento y la atención a las mujeres; el empoderamiento de las mujeres a través de los programas de educación para la salud; el empoderamiento de las mujeres a través de los programas de educación para la maternidad/paternidad.

Concepto de «Empowerment»

El concepto de «*empoderamiento*» o en inglés «*empowerment*», es muy utilizado hoy en día, fundamentalmente cuando se habla de cooperación, desarrollo y/o de género. Según Zimmerman (2000), es un término que también se utiliza desde algunas teorías relacionadas con el poder, como por ejemplo la teoría de las competencias, la teoría de la resiliencia, etc. Esto hace que sea una palabra cuyo significado no está claro. En castellano, han sido muchos los autores que han tratado de encontrar un término en español que aglutine la multiplicidad de significados que la palabra inglesa sugiere. Entre otros, se han barajado términos como «potenciación», propuesto por Hombrados (1996), «fortalecimiento» en América latina por Montero (2003) y «empoderamiento» por Sánchez-Vidal (2007). Sin embargo, como en castellano ninguna palabra por sí sola aglutina todo el significado y riqueza que Rappaport (2005) atribuyó al concepto, cada vez se utiliza más el término inglés. Así, entre las numerosas definiciones de «*empowerment*», cabe señalar:

«Proceso por el cual las personas, organizaciones, y comunidades adquieren control y dominio —*mastery*— sobre sus vidas», Mechanic (1991).

«Proceso intencionado y progresivo que, centrado en la comunidad local, fundamentado sobre el respeto mutuo, la reflexión crítica, la ayuda natural y la participación en estructuras sociales de la comunidad, permite a que aquellos que no comparten por igual los recursos, tener un acceso y un control sobre los mismos», Campbell (2010).

«Proceso mediante el cual las personas fortalecen sus capacidades, confianza, visión y protagonismo en cuanto que forman parte de un grupo social, para impulsar cambios positivos en las situaciones en las que viven», Asoh (2010).

Empoderamiento, del cambio del individuo al cambio social

Atendiendo a estas definiciones Zimmerman (2011) extrae la idea de que el «*empowerment*» es una vía de desarrollo y transformación de las comunidades que está orientada a la puesta en valor de la intervención comunitaria como motor de cambio social. Para que esto pueda darse, parte de dos componentes básicos: uno es la autodeterminación individual, que se refiere a la capacidad de las personas para tomar decisiones y resolver por sí mismas problemas que afectan su propia vida, y el otro, la participación democrática en la vida comunitaria. En base a estos componentes, se ha desarrollado una teoría con tres niveles: individual, grupal-organizacional y comunitario (Figura nº 1).

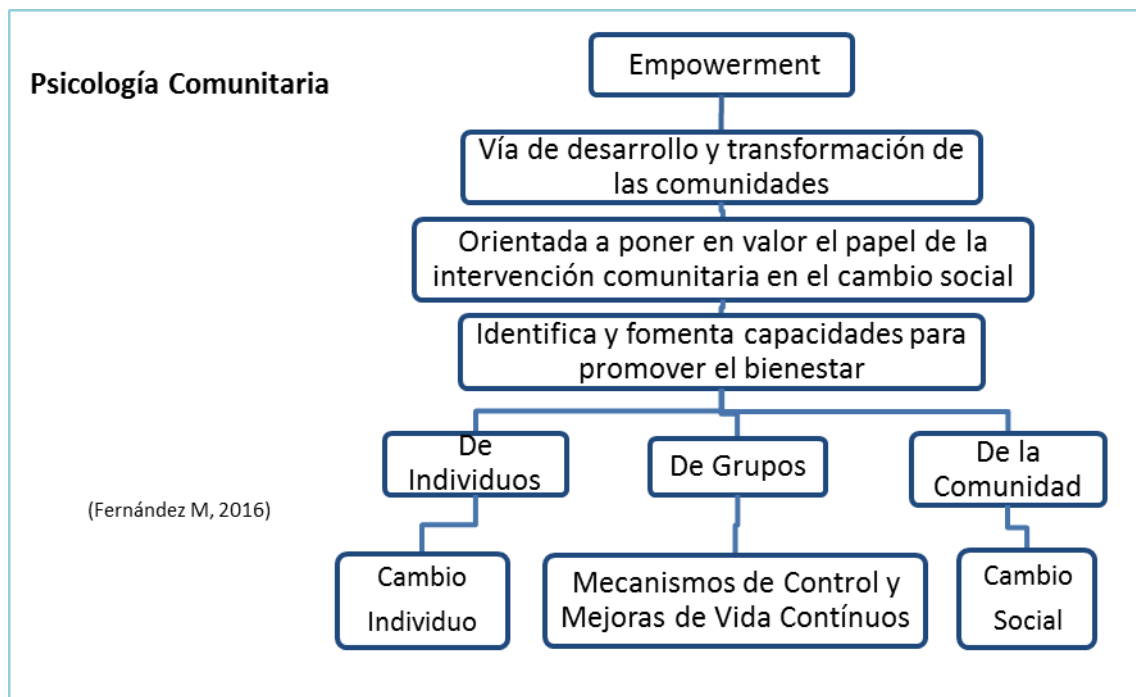
En el *nivel individual* o de potenciación psicológica, Zimmerman (2011) incluye tres dimensiones de la persona: su sentido de control personal (dimensión interna), su comprensión crítica del entorno sociopolítico (dimensión externa) y sus esfuerzos por ejercer el control sobre este entorno (dimensión conductual). Todos estos recursos constituyen elementos básicos de una persona «potenciada» que permitirán el desarrollo de herramientas personales para tomar control sobre su vida y producir cambios en su entorno (Varkey, 2010).

En el *nivel grupal-organizacional*, ofrece la oportunidad a los miembros de desarrollar una cultura de crecimiento, de proporcionar a sus miembros oportunidades para asumir roles significativos, generar un sistema de apoyo mutuo que crea una identidad social común, así como un liderazgo compartido con un compromiso hacia los miembros y el propio grupo (Zimmerman, 2011). Según Rappaport (2005), el hecho de reunir a personas que comparten una preocupación relevante en sus vidas les hace identificarse inmediatamente con los demás en un espacio donde intercambian sentimientos y experimentan, por el mero hecho de compartirlos, un notable bienestar

psicoafectivo. Se establece una red de apoyo emocional y social que permite un intercambio de información, saberes, y enseñanzas para afrontar con éxito determinadas situaciones (Christens, 2011).

En el *nivel comunitario*, los grupos tienen mayores oportunidades de acceso a los recursos y a las estructuras mediadoras de la comunidad, así como mayor desarrollo de creencias, actitudes y valores sociales y comunitarios (Zimmerman, 2011). El objetivo último que persigue el nivel comunitario es el cambio social mediante la mejora de la calidad de vida de todo el conjunto poblacional, atendiendo de manera especial a la interrelación de cada uno de los contextos del desarrollo humano óptimo (Campbell, 2010).

Figura nº 1. «Empowerment»: del cambio del individuo al cambio social

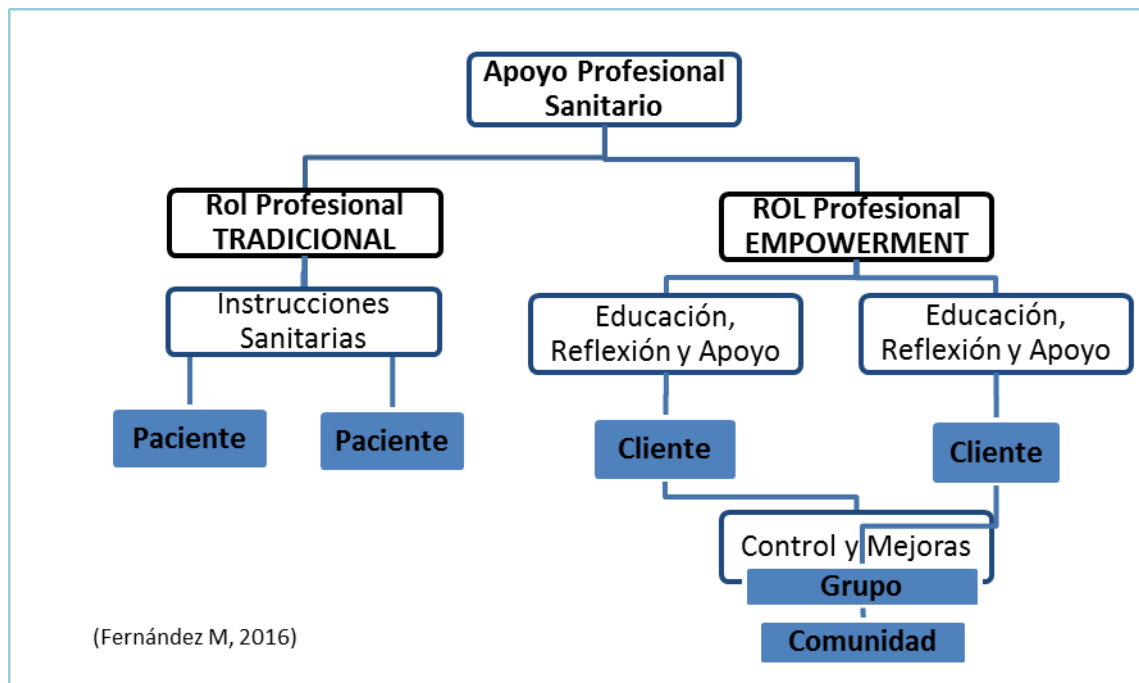


Repercusión de las teorías de empoderamiento sobre el rol sanitario profesional

El desarrollo de estas teorías está revolucionando el panorama mundial del trabajo comunitario y, por tanto, también está teniendo un fuerte impacto en todas las profesiones y muy especialmente en las sanitarias, en las que su aceptación conlleva un cambio de paradigma en cuanto a la ubicación de los profesionales en relación con su

ejercicio profesional (WHO, 2016). Así, en el rol profesional tradicional, el sanitario es la persona que gracias a su formación reglada ha adquirido las competencias para asumir el liderazgo indiscutible sobre los temas de su ámbito de salud, mientras que las personas que lo consultan son los pacientes beneficiarios de este conocimiento. En esta relación, hay una prevalente direccionalidad de la acción del profesional experto en salud al paciente. Según la *Estrategia Europea de Salud* (2013), el nuevo rol sanitario sigue siendo el profesional que ha adquirido sus competencias mediante formación reglada, pero su posicionamiento frente a los beneficiarios es de colaborador y facilitador, puesto que reconoce en estos su capacidad para tomar el control de sus vidas en los procesos de salud y enfermedad (Health, 2013). Esto conlleva una disposición de escucha activa, de apoyo, de acompañamiento y de interacción bidireccional en la que sanitario y cliente se enriquecen (Karlsen, 2011). Este cambio de paradigma se ilustra en la figura nº 2.

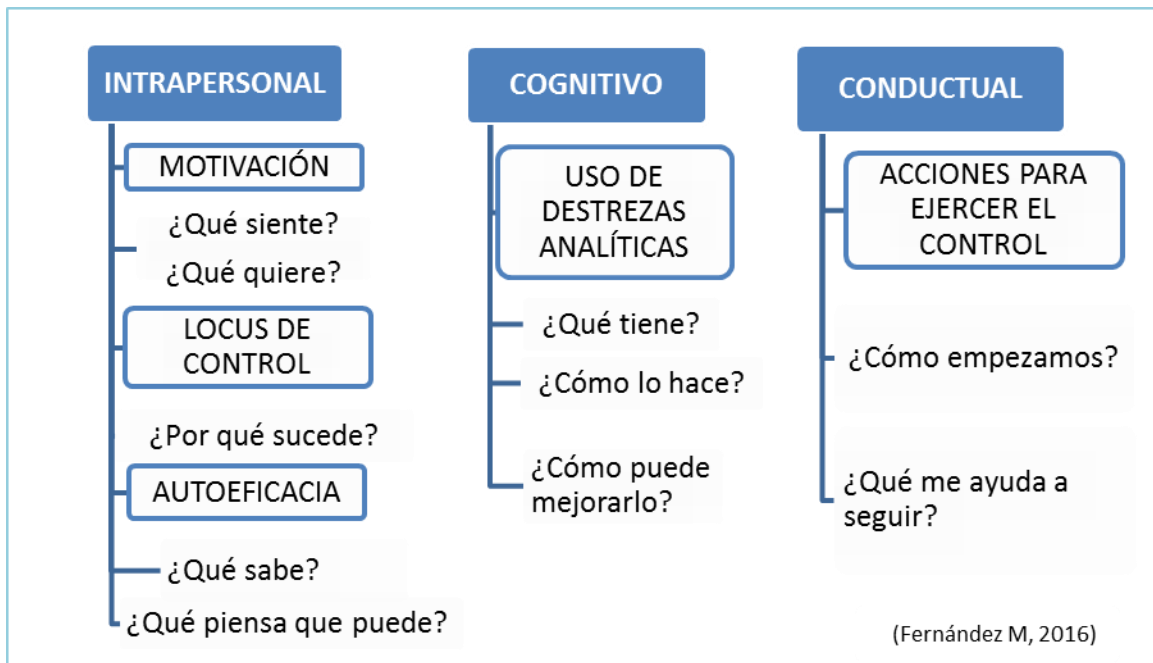
Figura nº 2. Cambio de Rol. Del Apoyo Profesional Sanitario «Tradicional» al apoyo basado en el «Empowerment».



A la hora de aplicar este cambio de rol en el apoyo profesional sanitario, hay que contemplar los componentes del empoderamiento a nivel individual, intrapersonal,

cognitivo y conductual (Rising, 1998). Para adecuar la atención sanitaria a este paradigma, hay que tener presente los elementos que hay que explorar en cada nivel. Así, para explorar el componente intrapersonal, hay que examinar la motivación, el locus de control y la autoeficacia. Para el componente cognitivo, hay que indagar en el uso de destrezas analíticas y, para el conductual, hay que valorar las acciones para ejercer el control (Christens, 2011). Todo ello puede hacerse mediante preguntas sencillas como se expone en la figura nº 3.

Figura nº 3. Preguntas para explorar los componentes individuales (Intrapersonal, cognitivo y conductual).



Empoderamiento y atención a las mujeres

El empoderamiento se aplica a todos los grupos vulnerables, pero donde ha encontrado más eco ha sido en relación a las mujeres. Su aplicación fue propuesta por primera vez a mediados de los 80 por una red de grupos de mujeres e investigadoras del Sur y del Norte, DAW (1985), para referirse al proceso por el cual las mujeres acceden al control de los recursos y refuerzan sus capacidades en todos los ámbitos. Pero no es hasta la *IV Conferencia de Acción de Beijing* cuando se consolida la idea de que trabajar por el empoderamiento de las mujeres es necesario para lograr la igualdad (Beijing; 1995). El concepto de *empoderamiento* se relaciona con el poder entendido como capacidad de las

mujeres de aumentar su autoconfianza e influir en los cambios. La aplicación del concepto tiene una gran repercusión tanto a nivel del cambio individual como en el de la acción colectiva, ya que implica la alteración radical de los procesos y estructuras que reproducen la posición subordinada de las mujeres desde la perspectiva de género (UNWomen, 2016).

Para que las mujeres se empoderen, deben hacerlo en el plano individual y en el colectivo. Empoderarse a nivel individual supone que adquieran confianza en sí mismas, que sean asertivas, que logren autoridad para tomar decisiones, en definitiva, que actúen como sujetos de derecho no sometidas a control ni limitadas por los roles que la sociedad les impone. El empoderamiento implica también tener acceso a los recursos, tanto materiales como simbólicos, lo que supone según Dalal (2011) la necesidad del empoderamiento económico.

En este nivel, el trabajo con las mujeres resulta extremadamente interesante, ya que no se puede obviar su papel en la base fundamental de la comunidad, la familia (Artieta, 2010). Trabajar en el empoderamiento de las mujeres repercute directamente en el fortalecimiento de la comunidad y una comunidad fortalecida permite que sus miembros desarrollen aptitudes, motivación y recursos suficientes para realizar acciones que mejoren la vida del conjunto (Barlow, 2004). Además, en las comunidades potenciadas, los valores sociales como la generosidad, la tolerancia a la diversidad, el respeto, el apoyo mutuo, la benevolencia, la igualdad y la justicia se desarrollan dando lugar a una ciudadanía responsable, activa y solidaria (Asoh, 2010).

El empoderamiento de las mujeres a través de los programas de educación para la salud.

Christens (2011) considera que la participación en programas de educación para la salud es un modo privilegiado para poner en funcionamiento las dimensiones intrapersonal, cognitiva y conductual que permiten el desarrollo de personas con un elevado sentido de competencia y bajo sentimiento de alienación. Por tanto, los programas de educación para la salud proporcionan a las mujeres una oportunidad de trabajo grupal en la base de la estructura social que permite la mejora individual de las mismas, pero que a la vez repercute directamente en mejoras en su entorno directo, en la familia y en el entorno de la comunidad (UNWomen, 2016). Propiciar el empoderamiento de las mujeres en el mundo es una forma eficaz de trabajar por la igualdad de las personas para constituir

sociedades más democráticas y equitativas (Campbell, 2010). La Organización de Naciones Unidas así lo considera y a través del Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM, 2012) establece los siete principios básicos para abordar el "*empowerment*" de la mujer. Dentro de estos principios, el cuarto, trata directamente de promover la educación, la formación y el desarrollo profesional de las mujeres, por lo que los programas de educación para la salud a la mujer se ven encuadrados dentro del más alto nivel de consideración internacional. Hay que tener en cuenta que el concepto de empoderamiento, según Asoh (2010), está relacionado con el aumento de la calidad de vida de las personas que por medio de actividades educativas o de promoción de la salud experimentan el proceso de desarrollo.

El empoderamiento de las mujeres a través de los programas de educación para la maternidad/paternidad.

Los programas de educación para la maternidad/paternidad surgieron a principios del siglo XX en Europa para atender las necesidades de las mujeres en los partos, cuando estos se trasladaron de los domicilios a los centros hospitalarios en aras de mejorar la atención sanitaria al nacimiento y disminuir las cifras de morbi-mortalidad materno-infantil (Karlsen, 2011). Según Fernández (2013), estos programas demostraron su eficacia y se extendieron por todo el mundo en el ámbito de la sanidad pública y privada. Posteriormente sus objetivos se ampliaron y pasaron de centrarse en mejorar la salud de las mujeres en el parto a preocuparse por la gestación, el parto y la crianza (Fernández, 2014). Actualmente, se imparten en momentos de máxima vulnerabilidad para la salud materno-infantil, el embarazo y el puerperio, por lo que contemplan en su diseño objetivos y estrategias dirigidos a trabajar el empoderamiento de las mujeres en sus tres niveles: individual, organizacional y comunitario. Los estudios de evaluación de estos programas en el mundo son limitados. Las mayores revisiones han concluido que es necesario hacer un esfuerzo para evaluar estos programas y conocer sus resultados (Archabald, 2011; Bailey, 2009; Gagnon, 2009; Barlow, 2004). Estas conclusiones han provocado que en todo el mundo se incremente el interés por investigar sobre estos programas, (Likis, 2010). En España, también surgen investigaciones sobre ellos como la de Artieta Pinedo (2010), que concluye que es necesario profundizar en este ámbito, máxime cuando el Sistema Nacional de Salud español contempla desde 1984 estos programas en su cartera de servicios para toda la población (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). Los principales estudios españoles como el de Artieta Pinedo (2006),

muestran el resultado de los programas sobre el parto, la asistencia a urgencias obstétricas, la lactancia materna, la depresión postparto, etc. Según Badia (2001), la mayoría de la evaluación de estos programas se ha realizado desde la perspectiva cualitativa y con encuestas de satisfacción, lo que no permite la estandarización de los resultados y la valoración específica del empoderamiento de la población. No obstante, desde 2012, el programa español tiene un cuestionario de evaluación validado y con características psicométricas adecuadas, el «EDUMA2» de Fernández (2014), que evalúa la calidad del programa según el modelo de Gento (1996), que contempla cuatro tipos de indicadores de calidad: los indicadores de Eficiencia (tiempo y recursos), los indicadores de Funcionalidad (propósitos y proceso), los indicadores de Eficacia (éxitos y fracasos) y los indicadores de Impacto (efectos y consecuencias). Este cuestionario presenta preguntas específicas para valorar el empoderamiento que logra la población en el nivel individual. Este dato resulta muy novedoso e interesante por la nueva visión que aporta. Los resultados de la evaluación del programa en la Comunidad de Madrid indican un elevado incremento de la sensación de control o seguridad que se produce en los asistentes gracias al programa y el aumento de la vinculación con el futuro hijo (tabla nº 1). La mejora de la sensación de control o seguridad se relaciona directamente con la autoeficacia percibida de Bandura (1987), lo que nos informa de la capacidad de la persona para afrontar nuevas situaciones y, en nuestro caso, nos habla del desarrollo de habilidades de afrontamiento para los elementos estudiados: cuidados en el tercer trimestre de la gestación, en el parto, en el postparto, en la lactancia, cuidados para el recién nacido y signos y síntomas por los que acudir a urgencias. Este elemento de sensación de control, de seguridad, solo se ha encontrado recogido en la bibliografía en el estudio de Koehn (2002), en el que resulta ser uno de los beneficios fundamentales de los programas de educación prenatal por su repercusión en la calidad de vida de las mujeres a través del efecto de «empoderamiento» de Zimmerman (2011). En el estudio de Fernández (2014), la media de los valores obtenidos para el aumento de la seguridad fue del 74,8% y, como los resultados fueron significativos en todos los elementos, afirman que el programa aumenta la percepción de control o seguridad respecto a los elementos estudiados (tabla nº 1). En cuanto a la relación afectiva positiva con el bebé, los datos también son positivos y significativos (tabla nº 1), pero no son tan elevados como los de seguridad, ya que la vinculación previa al programa era muy alta. El que la

vinculación previa al inicio del programa recogida fuera considerada mayoritariamente positiva indica directamente que el asistente tiene una buena aceptación del embarazo.

Tabla nº 1: Resultados de los Indicadores de Impacto de los programas de Educación para la Maternidad/Paternidad (Fernández, 2014)

Tabla nº 1: Resultados de los Indicadores de Impacto de los programas de Educación para la Maternidad/Paternidad (Fernández, 2014)							
Subcriterios	Categorías e Indicadores	Mejora Seguridad		No mejora Seguridad		No contestan	
		f	%	f	%	f	%
Sensación de control (Seguridad)	Hacia el embarazo	660	71,3 %*	262	28,2%	5	0,5%
	Hacia el parto	718	77,4 %*	205	22,1%	5	0,5%
	Hacia el posparto	713	76,8 %*	210	22,7%	5	0,5%
	Hacia la lactancia	708	76,3 %*	216	23,3%	4	0,4%
	Hacia el cuidado del bebé	672	72,4 %*	252	27,2%	4	0,4%
(N= 928 Cuestionarios) *Resultados significativos p=0,000							
Subcriterios	Categorías e Indicadores	Mejora Vinculación		No mejora Vinculación		No Contestan	
		f	%	f	%	f	%
Vinculación con el bebé	Relación afectiva positiva hacia el bebé	370	40 %*	523	56 %	35	4 %
(N= 928 Cuestionarios) *Resultados significativos p=0,000							

Este dato es muy favorable de cara a la posterior relación de apego de los padres con el hijo y puede hablar de un buen trabajo asistencial de los equipos sanitarios (obstetras y matronas) que realizan el seguimiento del embarazo y el primer nivel de educación

maternal (sesiones previas a las 28 semanas de gestación) en el sistema público de salud que se preocupa de que la aceptación del embarazo se realice en sus primeros meses. Este elemento es importante desde la perspectiva del desarrollo humano, siguiendo la Teoría del Apego de Bowlby (1958), según la cual las personas que tengan relaciones afectivas incondicionales o de apego seguro en su infancia desarrollarán personalidades seguras y equilibradas que les facilitarán las relaciones humanas y el crecimiento personal. A partir de este trabajo, hay datos estadísticos significativos sobre el empoderamiento a nivel individual que producen los programas de educación para la maternidad/paternidad en el momento de su finalización. Esto, según la Teoría de la Autoeficacia de Bandura y la Teoría del Apego de Bowlby, va a ser muy importante en la vivencia del nacimiento, de la crianza y en el desarrollo personal de las embarazadas y sus parejas en el contexto de la teoría del empoderamiento (Zimmerman, 2011).

CONCLUSIONES

La situación de las mujeres en el mundo hace que todas las organizaciones internacionales y gubernamentales establezcan medidas para incrementar su salud.

El empoderamiento pone en valor las capacidades de la población para el cambio personal, familiar, social, y amplía el rol profesional sanitario de instructor a colaborador y facilitador.

La educación para la salud se muestra como una gran herramienta para que la población se «empodere» y tome el control para mejorar sus condiciones de vida a nivel individual, grupal y social. Su acción es especialmente relevante en grupos vulnerables como las mujeres y los niños.

Los programas de educación para la maternidad/paternidad son una poderosa herramienta para empoderar a la población en periodos de máxima vulnerabilidad: la gestación, el parto y el puerperio.

Se ha estudiado y demostrado su efecto a nivel individual, pero resta por analizar su impacto a nivel grupal y social.

BIBLIOGRAFÍA

- ARCHABALD, K.; LUNDSBERG, L.; TRICHE, et al. Women's prenatal concerns regarding breastfeeding: are they being addressed? *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2011, vol. 56, núm. 1, p. 2-7.
- ARTIETA-PINEDO, I.; PAZ-PASCUAL, C.; GRANDES, et al. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nursing Research*. 2010, vol. 59, núm. 3, p. 194-202.
- ARTIETA-PINEDO, MI.; PAZ PASCUAL, C. A review of the usefulness of maternal education. *Revista de enfermería*. 2006, vol. 29, núm. 12, p. 24-32.
- ASOH, DA.; RIVERS, PA. The empowerment and quality health value propositions of e-health. *Health Services Management Research*. 2010, vol. 23, núm. 4, p. 181-4.
- BADIA, X.; BARÓ, E. Cuestionarios de salud en España y su uso en atención primaria. *Atención Primaria*. 2001, vol. 28, p. 349-356.
- BAILEY, JM.; CRANE, P.; NUGENT, CE. Childbirth education and birth plans. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2009, vol. 54, núm. 6, p. 469-76.
- BANDURA, A. *Pensamiento y acción: Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca, 1987.
- BARLOW, J.; COREN, E. Group-based Parent-training Programmes for improving maternal psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014, núm 5.
- BOWLBY, J. *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London: Routledge Classics, 2005.
- CAMPBELL, ML; TEGHTSOONIAN, K. Aid. effectiveness and women's empowerment: Practices of governance in the funding of international development. *Signs*. 2010, vol. 36, núm. 1, p. 177-202.
- CHRISTENS, BD.; PETERSON, NA.; SPEER, PW. Community participation and psychological empowerment: Testing reciprocal causality using a cross-lagged panel design and latent constructs. *Health Education & Behavior*. 2011, vol. 38, núm. 4, p. 339-47.
- CONFERENCIA DE ACCIÓN DE BEIJING IV. Beijing, 1995. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>
- DALAL, K. Does economic empowerment protect women from intimate partner violence? *Journal of Injury and Violence Research*. 2011, vol. 3, núm. 1, p. 35-44.

- DAWN (Development Alternatives with Women for a New Era). *Development, Crisis and Alternative Visions: Third World Women's Perspectives*, Delhi, 1985.
- FERNANDEZ M. Análisis comparativo de las principales escuelas de educación maternal. *Index de Enfermería*. 2013, vol. 22, núm. 1-2, p. 40-44.
- FERNÁNDEZ, M.; MUÑOZ, I; TORRES, J. Características de los programas de educación maternal de atención primaria de la Comunidad de Madrid (España) y de sus asistentes. *Matronas Profesión*. 2014, vol. 15, núm.1, p. 20-26. <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-rofesion/sumarios/i/17104/173/>
- FERNÁNDEZ, M.; MUÑOZ, I; TORRES, J. Assessment of the pregnancy education programme with questionnaire «EDUMA2» in Madrid (Spain). *Journal of Eval Clinical Practices*. 2014, vol. 20, núm. 4, pp. 436-44.
- GAGNON, AJ.; BRYANTON, J. Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationships. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009, vol. 21, núm. 1.
- HEALT 2020. *A European policy framework and strategy for the 21st century (2013)* ISBN 978 92 890 0279 0. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>
- HOMBRADOS, MI. *Introducción a la psicología comunitaria*. Málaga: Algibe, 1996.
- KARLSEN, S.; SAY, L.; SOUZA, JP.; et al. The relationship between maternal education and mortality among women giving birth in health care institutions: analysis of the cross sectional WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Public Health*, 2011, vol. 29, núm. 11, p. 606.
- KOEHN, ML. Childbirth education outcomes: an integrative review of the literature. *The Journal of Perinatal Education*. 2002; núm. 11, p.10-19.
- LIKIS FE. Transforming Maternity Care. *Journal of Midwifery Women's Health*, 2010, vol. 55, núm. 4, p. 297-8.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. REAL DECRETO 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE núm. 222 Sábado 16 septiembre 2006 32650-32679.
- MECHANIC, D. Strategies for integrating public mental health services. *Hospital and Community Psychiatry*. 1991, núm. 42.
- MONTERO, M. *Teoría y práctica de la psicología social comunitaria. La tensión entre sociedad y comunidad*. Buenos Aires: Paidós, 2003.
- NEWCOMB, WO. ASQ Certification: A Brief History. *Quality Progress*, 2010, vol. 1, núm. 43.

- PATTON, GC.; et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 2009, núm. 374, p. 881-892.
- RAPPAPORT, J. Community psychology is (thank God) more than science. *American Journal of Community Psychology*, 2005, núm. 35, p. 231-238.
- RISING, SS. Centering pregnancy. An interdisciplinary model of empowerment. *Journal of Nurse-Midwifery*. 1998, vol. 43, núm. 1, p. 46-54.
- SANCHEZ-VIDAL, A. *Manual de Psicología Comunitaria*. Madrid: Pirámide. 2007.
- SAY, L.; et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *Lancet*. 2014.
- UNICEF, WHO, *The World Bank, United Nations Population Division. The Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and Trends in Child Mortality. Report 2013*. Nueva York: UNICEF, 2013.
- UNIFEM. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer. 2012. A/RES/39/125. www.unifem.org/attachments/about/resolutions/a_res_39_125_eng.pdf
- UNWOMEN. *Fast forwarding to the future we want. Annual Report 2015-2016*. <http://annualreport.unwomen.org/~media/annual%20report/attachments/sections/library/un-women-annual-report-2015-2016-en.pdf>
- VARKEY, P.; MBBS; KURESHI, S.; LESNICK, T. Empowerment of women and its association with the health of the community. *Journal of Women's Health*, 2010, vol. 19, núm. 1, p. 71-6.
- WHO. World Health Statistics 2014. Geneva, *World Health Organization*; 2014.
- WHO. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/
- ZIMMERMAN, M. Empowerment theory. En J. Rappaport & E. Seidman (Eds). *Handbook of community psychology*. New York: Kluwer Academic Plenum, 2000, p. 43-63.
- ZIMMERMAN, MA; STEWART SE; MORREL-SAMUELS S; et al. Youth Empowerment Solutions for Peaceful Communities: Combining Theory and Practice in a Community-Level Violence Prevention Curriculum. *Health Promotion Practice*. 2011, vol. 12, núm. 3, p. 425-39.