



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO X – N. 25 – 2016

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/156.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "LA ENFERMERÍA COMO INTEGRADORA DE SABERES" V SIAHE – Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería, III Foro I+E Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería, reunión celebrada del 11 al 12 de noviembre de 2016 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	<b>Origen, evolución y situación actual del programa de educación maternal en España</b>
<i>Autores</i>	María Irma Sánchez Casal, <sup>1</sup> Juana María Luna Valero, <sup>2</sup> María José Mata Saborido <sup>3</sup>
<i>Centro/institución</i>	(1) Matrona, Dispositivo de Apoyo de la Vega. (2) Matrona, Hospital Punta Europa. (3) Matrona, Hospital Universitario de Puerto Real
<i>Ciudad/país</i>	(1) Antequera (Málaga), España. (2) Algeciras (Cádiz), España. (3) Puerto Real (Cádiz), España
<i>Dirección e-mail</i>	<a href="mailto:irmasanchez@telefonica.net">irmasanchez@telefonica.net</a>

## RESUMEN

**Introducción:** La Educación Maternal (EM) es un programa de educación sanitaria cuya finalidad es reducir la morbimortalidad materno-infantil proporcionando a la mujer y su familia los instrumentos que les permitan mejorar su salud durante el embarazo, parto y puerperio y en la atención al recién nacido. Los contenidos y la metodología del programa de EM han ido variando a lo largo de los años y adaptándose a las nuevas demandas de la sociedad. Con la elaboración de este trabajo pretendemos conocer la evolución de los programas de EM en España desde su inicio hasta la actualidad y evaluar si cubren las expectativas de la población.

**Resultados:** El programa de EM es un programa dinámico, en continuo cambio desde su inicio hasta la actualidad. La introducción de nuevas técnicas analgésicas como la analgesia epidural o la modificación de los estilos de vida con la incorporación de la mujer al trabajo, la crianza y el apego han influido en la adaptación del programa de EM. Diversos estudios ponen de manifiesto que este programa sigue una estructura o guía básica establecida por el Sistema Nacional de Salud, pero que varía mucho en el número de clases, temática, distribución, metodología y estructura en las diferentes Comunidades Autónomas, así como en la misma Comunidad varía en función de la persona que lo imparte. Por otro lado, las matronas que imparten la EM desarrollan las clases orientadas a los que ellas creen que deben conocer las mujeres y sus familias, más que en la demanda de la población, teniendo como consecuencia una baja afluencia de las familias a estas sesiones.

**Conclusiones:** Es necesario un consenso entre todos los profesionales que imparten las clases de EM sobre la información que se le proporciona a la gestante y su familia, intentando adaptar este programa a las necesidades reales de la población y centrándose en la captación de las mujeres inmigrantes y en riesgo de exclusión social.

## TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

### Introducción

Hasta el siglo XX, las mujeres daban a luz en sus casas, asistidas por matronas y acompañadas por las mujeres de su familia, siendo los partos más naturales y con escasa intervención obstétrica. Con la aparición de las maternidades para atender los partos a las mujeres más desfavorecidas, se va trasladando, poco a poco, la asistencia al nacimiento desde el domicilio hasta los hospitales<sup>1</sup>. Con la intención de obtener mejores resultados perinatales, en los hospitales se medicalizan e instrumentan los partos originando a la mujer y a su familia miedo, ansiedad y dolor, requiriendo diferentes formas de disminuir y afrontar estas situaciones<sup>2</sup>.

En este sentido y en un intento de cubrir las necesidades de la embarazada y su familia, surge el programa de Educación Maternal (EM) en España. Los términos educación maternal, psicoprofilaxis obstétrica, preparación para el parto, preparación para el nacimiento, preparación para la maternidad y la paternidad, educación grupal en el embarazo, parto y puerperio, se utilizan para denominar un programa de educación para la maternidad en la etapa prenatal, siendo una actividad básica de promoción de la salud y prevención de las enfermedades<sup>3</sup>. Se utilizan diferentes nombres para denominar un programa cuyo objetivo es mejorar la salud, preparar a las gestantes y sus parejas para el parto y la paternidad, generar seguridad y autoconfianza en las familias, ayudar a los futuros padres a comprender sus necesidades físicas, psicológicas, sociales y emocionales para afrontar esta etapa y reducir la morbimortalidad perinatal. La EM comprende, por tanto, un programa educativo y de apoyo a los futuros padres<sup>4</sup>.

Los programas de EM no son estáticos, dado que la población a la que se imparte va variando a lo largo de los años, tratando de adaptarse a las necesidades de las mujeres y sus familias. Pero, ¿cumplen los programas de EM actuales las expectativas y requerimientos de la población a la que se imparte? ¿Conocemos cómo y en base a qué han ido modificándose?

### Objetivos

#### *Objetivo principal*

Conocer la evolución de los programas de EM en España desde su inicio hasta la situación actual.

#### *Objetivos específicos*

Analizar los programas de EM actuales y evaluar si cubren las expectativas de la población.

### Metodología

#### *Estrategia de búsqueda*

Se realizó una revisión sistemática en idioma español e inglés utilizando las directrices de la Declaración PRISMA para garantizar la validez de los estudios seleccionados para la revisión bibliográfica. Las palabras clave empleadas para su búsqueda fueron:

educación maternal, cuidados en el embarazo, embarazo, nacimiento, así como sus homónimos en inglés: maternal education, prenatal care, pregnancy, childbirth.

### *Criterios de selección de estudios para esta revisión y descripción de los mismos*

Se seleccionaron 18 estudios de los 25 iniciales, realizados entre los años 2004 y 2016 (a excepción de una Guía de Preparación a la Maternidad de 1989 y otros documentos de 1981, 1984 y 1998) que cumplieron los criterios de inclusión. Fueron revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorios (ECAs) y no aleatorios, protocolos y guías sobre la Preparación a la Maternidad, resultados perinatales y satisfacción materna sobre las Clases de Educación Maternal (EM). Todos los estudios estaban hechos en mujeres sanas y embarazos de bajo y medio riesgo. Los ECAs seleccionados compararon los resultados perinatales entre las mujeres que habían recibido Clases de Preparación al parto y las que no, así como el grado de satisfacción de las mujeres y sus familias. Se excluyeron los estudios observacionales. Todos los estudios se realizaron en España. Los títulos y resúmenes de los artículos identificados fueron seleccionados por 3 revisores de forma independiente, los desacuerdos se resolvieron mediante discusión. Se analizaron estudios de los resultados neonatales y conocimientos de los padres sobre el embarazo, parto y los cuidados del Recién Nacido (RN) y su asistencia a las clases de preparación al parto realizada por la matrona de Atención Primaria. También se analizó la información que consideraban de mayor importancia los padres y la que no, dentro del Programa de EM. Los datos sobre las características del estudio (diseño del estudio, ajustes), la proporción de participantes en el estudio con eventos de interés (mujeres que acudieron a la EM) y las medidas de resultados se extrajeron y se introdujeron en un formulario estandarizado. La abstracción de datos la realizó un revisor y un segundo revisor verificó los datos extraídos. Los desacuerdos se resolvieron por consenso. La evaluación del sesgo se realizó a nivel de los resultados obtenidos, excluyéndose aquellos estudios con riesgo de sesgo por no tener un registro exhaustivo y cuidadoso de los resultados, tamaño muestral pequeño y estudios que no se publicaron completos. Como medida de resumen se utilizó la razón de riesgo.

### *Tipos de medidas de resultados:*

#### Primarias:

- Conocimientos maternos sobre cuidados en el embarazo, parto y puerperio.
- Seguimiento del programa de Educación Maternal y resultados neonatales.
- Asistencia a la Visita Puerperal y resultados neonatales.
- Salud materno-fetal.

#### Secundarias:

- Satisfacción materna sobre las clases de EM.

### *Estrategia de búsqueda*

Se realizó una búsqueda bibliográfica en español e inglés en el registro de ensayos de la Cochrane Pregnancy and Childbirth Group y en bases de datos: pubmed, Scielo, Medline, Cuiden, así como Guías de Práctica Clínica. Se consultaron las páginas web de la AEP y OMS. Última búsqueda realizada el 12 de Mayo de 2016. Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada, tanto en español como en inglés entre los años 2004-2016. Se consultaron revisiones bibliográficas del registro de

ensayos de la Cochrane Pregnancy and Childbirth Group y bases de datos: pubmed, Embase, Cuiden, Scielo, Medline, Cuiden, así como Guías de Práctica Clínica.

## Resultados

La EM tiene su inicio a principios del siglo XX, coincidiendo con el traslado de los partos a los hospitales como una necesidad de las mujeres por disminuir la ansiedad y el dolor en el trabajo de parto<sup>1</sup>. Los programas de EM demostraron su eficacia, se extendieron y evolucionaron<sup>5</sup>. A principio del siglo XX con la escuela nórdica de Vaughan y Randell se introduce la gimnasia prenatal, ya que conciben el parto como un ejercicio físico y establecen la necesidad de adoptar distintas posturas durante el transcurso del mismo<sup>6</sup>. Más tarde la escuela inglesa (Dick Read) estableció su teoría miedo-tensión-dolor, asegurando que para eliminar el miedo era fundamental la información y para la tensión había que utilizar técnicas de relajación (método de Jacobson con relajación progresiva del cuerpo por el método de contracción máxima/relajación muscular<sup>7</sup>).

En 1920 la escuela rusa con Platanov, Nicolaiev, y Velvosky introduce la respiración durante la contracción para disminuir la sensación de dolor. En 1951, Lamaze, de la escuela francesa añade a estos métodos la respiración superficial torácica y la relajación muscular. Introduce también la participación de la pareja en la preparación al parto<sup>6</sup>.

Es en 1955 cuando la matrona española Consuelo Ruiz publica su libro “El parto sin dolor” con las nuevas tendencias de EM. Un año más tarde, Aguirre de Cárcer funda la escuela de “Sofropedagogía Obstétrica o Educación Maternal”. Su principal objetivo es que la mujer llegue psicológicamente madura al parto y proporciona un gran cambio al pasar del enfoque del dolor en el parto por el de conseguir un nuevo patrón sociocultural, donde la mujer y su pareja adquieran conocimientos necesarios para afrontar su parto con serenidad, disminuyendo sus miedos y viviendo esta experiencia única con satisfacción y conciencia, ya que va a influir en su hijo al favorecer el desarrollo de la “Urdidumbre Afectiva”<sup>7,8</sup>. En 1959 el Seguro Obligatorio de Enfermedad le encomienda un programa, pero no es hasta 1986 cuando la EM se contempla en la cartera del Sistema Nacional de Salud teniendo como finalidad la promoción de la salud maternoinfantil<sup>9</sup>.

En 1986 el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó la Guía de Psicoprofilaxis Obstétrica<sup>6</sup> donde planteaba que uno de los objetivos de este programa era ofrecer a la mujer y su pareja la información y atención necesaria que facilite su protagonismo en el proceso de cambio que supone el nacimiento de un hijo. La Subdirección General de Gestión de la Atención Primaria del Ministerio de Sanidad y Consumo edita el libro “Introducción al trabajo de la matrona de Atención Primaria”<sup>3</sup>.

Tras la reforma de la atención sanitaria, promovida desde la Ley General de Sanidad (Ley14/86) se pasa de un modelo de atención asistencial fundamentado en la enfermedad, a una atención a la “promoción y fomento de la Salud” y así el Real Decreto 137/84 B.O.E. Nº 27 (1/2/84) regula el reordenamiento general del Sistema Sanitario<sup>10,11</sup>.

La regulación de estas actividades viene promovida desde el Instituto Nacional de Salud 10/1984 (8-11)<sup>10</sup> y posteriormente mediante la Ordenación de Actividades de la Matrona de Área en Atención Primaria 5/91 (25-2)<sup>11</sup>.

Como consecuencia de todo esto se establece las Estructuras Básicas de Salud y, a través de ellas, se promueve el cambio de la filosofía de atención hacia “la promoción de salud y mejora de calidad de vida”. Aquí es donde encaja perfectamente el programa de Preparación Maternal, dentro de la Educación para la Salud y cuyo principal objetivo

es fomentar la salud materno-infantil en la familia y sociedad<sup>6</sup>. Con la aparición de esta nueva filosofía de cuidados fue necesaria la formación y reciclaje de los profesionales. La matrona, como profesional centrado en el cuidado de la mujer en esta etapa de la vida (hasta el momento limitada a la atención al parto y puerperio) está formada para la atención a las mujeres sanas y, por tanto, la filosofía de Prevención y Promoción de la Salud establecida por la OMS entra dentro de sus conocimientos. Los programas de Educación Maternal (EM) son una de las principales medidas de abordaje para lograr los objetivos de salud establecidos por la Organización Mundial de la Salud en la Declaración de Alma Ata para el año 2015 (OMS)<sup>12</sup>.

La Educación Maternal forma parte de los Programas de Educación para la Salud, ya que el embarazo y puerperio se consideran situaciones vitales decisivas para la salud de la madre y el desarrollo del recién nacido, donde se necesitan apoyos para establecer el vínculo entre los padres y el recién nacido, en momentos de cambios de la identidad personal y de la forma de vida.

### **Situación actual de la educación maternal en España**

La atención al parto ha ido cambiando en las últimas décadas, con la creciente preferencia por el parto medicalizado, las inducciones, las cesáreas y la introducción de la analgesia en el parto hospitalario (epidural, intradural...), se pasó de la preocupación fundamental por el alivio del dolor, a ser el objetivo principal de estos programas la educación a las madres y a los padres durante la gestación para favorecer la urdidumbre afectiva y mantener la salud materno-infantil. Se produjo el paso de los programas de salud basados en el parto sin dolor y psicoprofilaxis obstétrica hacia programas de educación para la maternidad/paternidad<sup>13</sup>. En nuestro medio, los programas de educación maternal son desarrollados por la matrona de Atención Primaria, en base a una guía de educación de la cartera de servicios del sistema sanitario público de la Junta de Andalucía, dentro del proceso asistencial integrado de embarazo, parto y puerperio. Se debe realizar a partir de las 28 semanas de gestación, con una asistencia mínima a 3 sesiones, desarrollando técnicas de relajación, respiración y ejercicio físico e informando del proceso del parto, puerperio, cuidados del recién nacido, analgesia epidural, lactancia materna, etc.<sup>14</sup>. Existen diferencias en el desarrollo de los programas de EM entre las distintas Comunidades Autónomas de nuestro país, tanto en la estructura como en los contenidos, incluso entre los distintos profesionales de una misma Comunidad Autónoma, basándose estos programas en la percepción o creencia de los educadores sobre lo que deben impartir más que en las necesidades reales de las personas<sup>7</sup>.

Otro factor que ha influido en la evolución del programa de educación maternal a lo largo de los años es la inmigración. Los altos niveles de inmigración internacional en los últimos años nos dejan ver mayores tasas de problemas de salud materno-infantil en esta población. El desconocimiento de sus derechos sanitarios en relación al programa de embarazo, parto y puerperio, la falta de accesibilidad a los recursos sanitarios, la dificultad en el idioma, la marginalidad y bajo nivel social y económico que con frecuencia acompaña a la inmigración, nos deben hacer replantearnos la necesidad de modificar el programa y adaptarlo para captar a la población inmigrante<sup>15, 16</sup>.

El perfil de la mujer embarazada que acude a los programas de educación maternal también ha ido cambiando a lo largo de los años. Actualmente son mujeres primigestas de nivel socioeconómico y de estudios medios, entre los 25 y 35 años de edad<sup>17</sup>. El programa debe adaptarse a las necesidades de estas gestantes y sus familias, pero es de vital importancia la captación en el programa de las mujeres más desfavorecidas y en

riesgo de exclusión social, con la finalidad de mejorar la salud maternoinfantil de la población. Diversos artículos explican las preferencias actuales de las mujeres sobre la información proporcionada en la educación maternal, teniendo especial interés en las últimas tendencias del parto humanizado, parto domiciliario, técnicas alternativas de alivio del dolor en el parto, colecho, crianza respetuosa, apego y lactancia materna e incorporación laboral<sup>5, 7, 13, 18</sup>.

## **Conclusiones**

La educación maternal es un proceso dinámico que ha ido evolucionando a lo largo de la historia. Las matronas debemos conocer las nuevas demandas de las mujeres y sus familias, adaptando el programa de educación maternal a sus necesidades e intereses. No se trata de enseñar, sino de servir como fuente de información para facilitar cambios, adopción de conductas y comportamientos saludables en relación al embarazo, cuidados del recién nacido, lactancia...de esta manera aumentará la salud maternoinfantil de la población general. Al enfocar el programa de educación maternal de esta manera, se fomentaría una mayor afluencia de las familias a las clases de educación maternal que, por desgracia, no cuenta con muchos seguidores. También es fundamental desarrollar técnicas de captación para esas familias en riesgo de exclusión social, pues esto supone un factor de riesgo importante para unos malos resultados perinatales.

Por otra parte, las mujeres tienen mayor accesibilidad a otros medios de información (internet, foros...) que en muchas ocasiones proporcionan información sesgada o poco fiable por no ser proporcionada por personal sanitario especializado ni estar basadas en evidencia científica. Esto puede contribuir a una menor afluencia a las clases de educación maternal.

## **Implicaciones para la práctica**

Con el desarrollo de este trabajo podemos observar la necesidad de desarrollar más líneas de investigación sobre los intereses de las gestantes y sus familias en torno al embarazo, parto y puerperio; pudiendo así, adaptar los programas a sus preferencias reales, más que a lo que los profesionales creamos que deben saber. Por otro lado, es fundamental establecer un consenso entre los distintos profesionales de atención primaria y especializada sobre la información que se le proporciona a la gestante, pues muchas veces es contradictoria o errónea, siendo necesario realizar unas guías básicas sobre cuidados en el embarazo, parto y puerperio de obligatorio seguimiento por el personal sanitario.

## Bibliografía

1. Peart K. Birth planning-is it beneficial to pregnant women? Aust J Midwifery [revista en Internet] 2004; 17(1): 27-29.
2. Walker DS, Visger JM, Rossie D. Contemporary childbirth education models. J Midwifery Womens Health [revista en Internet]. 2009; 54(6): 469-76.
3. Martínez Galiano JM, Delgado Rodríguez M. Contribución de la educación maternal a la salud maternoinfantil. Revisión Bibliográfica. Matronas Prof. 2014; 15(4): 137-141.
4. Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. Cochrane Database Syst Rev [revista en Internet] 2007; 18 (3): CD002869.
5. Fernández y Fernández Arroyo M, Muñoz San Roque I, Torres Lucas J. Características de los programas de educación maternal de atención primaria de la Comunidad de Madrid (España) y de sus asistentes. Matronas Prof. [revista en Internet] 2014; 15(1): 20-26.
6. Fernández y Fernández-Arroyo M. Análisis comparativo de las principales Escuelas de Educación Maternal. Index Enferm [revista en Internet]. 2013; 22(1-2): 40-44.
7. Fernández Idiago M. Impacto de los programas de educación maternal. Análisis del uso del servicio hospitalario de urgencias obstétricas. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Master [revista en Internet] 2009; 1(2): 383-399. ISSN: 1989-5305 383.
8. Aguirre de Cárcer A. Preparación a la Maternidad. Madrid: Morata; 1989.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. REAL DECRETO 1030/2006, de 1 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE 16/09/2006; 222: 32650-32679.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 137/1984 (11 de enero) sobre estructuras básicas de salud.
11. Circular nº5/91 (25 Febrero). INSALUD. Sobre ordenación de actividades de la Matrona de Área en Atención Primaria.
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Atención Primaria de la Salud Alma Ata 1978. OMS, Ginebra; 1981.
13. Manant A, Dodgson JE. Centering pregnancy: una revisión de la literatura integrativa. J Midwifery Womens Health.[revista en Internet] 2011; 56(2): 94-102.
14. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2005. Proceso Asistencial Integrado Embarazo, Parto y Puerperio. 2ª ed. Sevilla: Consejería de Salud; 2005.
15. Pérez F, Peralta I, García I. Estudio psicológico y emocional. Las mujeres inmigrantes y su respuesta psicológica en el puerperio inmediato. Granada: Universidad de Granada; 2011.
16. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe del decenio sobre el seguimiento de la supervivencia materna, neonatal e infantil. 2010. Disponible en: <[http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/child\\_mortality/Countdown\\_2010\\_es.pdf](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/Countdown_2010_es.pdf)>.
17. Guillén M, Sánchez JL, Toscano T, Garrido MI. Educación maternal en atención primaria: eficacia, utilidad y satisfacción de las embarazadas. Atenc Prim 1999; 24(2): 66-74.
18. Arrieta MI, Paz C. Utilidad de la educación maternal: una revisión. Rev Rol Enferm [revista en Internet] 2006; 29(12): 24-3.