

EDUCACIÓN PRENATAL Y PEDAGOGÍA PRENATAL

Nuevas perspectivas para la investigación, la enseñanza y la formación



Agustín de la Herrán Gascón
Manuel Hurtado Fernández
Pablo García Sempere
(Coordinadores)

COLECCIÓN INTERNACIONAL
DE EDUCACIÓN PRENATAL
Y PEDAGOGÍA PRENATAL

editorial
redipe

COLECCIÓN INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN PRENATAL Y PEDAGOGÍA PRENATAL

Esta colección nace con la intención de difundir y compartir experiencias e investigaciones sobre Educación Prenatal y Pedagogía Prenatal. Se dirige a actuales o futuras madres, padres, familias, profesionales de la educación, de la salud, de la información e investigadores en general.

Ofrece conocimientos para favorecer la toma de conciencia sobre la importancia del periodo prenatal para el bienestar de las personas y de las sociedades y la evolución humana. Su finalidad es ayudar a formarse para comprender esta etapa de la mejor manera posible.

COLECCIÓN INTERNACIONAL
DE EDUCACIÓN PRENATAL
Y PEDAGOGÍA PRENATAL

TOMO I

Educación prenatal y Pedagogía prenatal:
Nuevas perspectivas para la investigación,
la enseñanza y la formación

Agustín de la Herrán Gascón
Manuel Hurtado Fernández
Pablo García Sempere
(Coordinadores)

editorial
redipe

COLECCIÓN INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN PRENATAL Y PEDAGOGÍA PRENATAL.
Directores de colección: Manuel Hurtado Fernández, Agustín de la Herrán Gascón y Pablo García Sempere.

TOMO I.

Título original: Educación prenatal y Pedagogía prenatal: nuevas perspectivas para la investigación, la enseñanza y la formación.

Coordinadores: Agustín de la Herrán Gascón, Manuel Hurtado Fernández y Pablo García Sempere.

Citación (APA): Herrán, A. de la; Hurtado-Fernández, M. y García-Sempere, P. (coords.) (2018).

Educación prenatal y Pedagogía prenatal: Nuevas perspectivas para la investigación, la enseñanza y la formación. Colombia-Nueva York: REDIPE-Capítulo de Estados Unidos (Bowker-Books).

ISBN: 978-1-945570-66-7

Primera edición: julio, 2018.

Edita: Editorial REDIPE (95857440), Red de Pedagogía S.A.S. NIT: 900460139-2.

Lugar: Colombia-Nueva York, EEUU.

Ilustración de portada: Alberto Amate.

© DEL TEXTO: LAS AUTORAS Y AUTORES.

© DE ESTA EDICIÓN: REDIPE.

Capítulo de Estados Unidos.

Bowker-Books in print.

Red Iberoamericana de Pedagogía.

editorial@rediberoamericanadepedagogia.com

www.redipe.org

Editor: Julio César Arboleda Aparicio.

Director Editorial: Santiago Arboleda Prado.

Consejo Académico:

Pedro Ortega. Coordinador Red Internacional de Pedagogía de la alteridad (Ripal- España).

José Manuel Touriñán. Pedagogo español, Coordinador Red Internacional de Pedagogía mesoaxiológica, Catedrático de la Universidad de Santiago de Compostela, España.

Mario Germán Gil. Investigador Universidad Santiago de Cali, Colombia.

Maria Ángela Hernández. Investigadora Universidad de Murcia, España.

Maria Emanuel Almeida. Centro de Estudios de las Migraciones y Relaciones Interculturales de la Universidad Abierta, Portugal.

Carlos Arboleda A. Investigador Southern Connecticut State University, USA.

Rodrigo Ruay Garcés. Pedagogo chileno.



Este libro y cada uno de los capítulos que contiene, si no se indica lo contrario, se encuentran bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Unported. Puede ver una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>. Esto significa que Ud. es libre de reproducir y distribuir esta obra, siempre que cite la autoría, que no se use con fines comerciales o lucrativos y que no haga ninguna obra derivada. Si quiere hacer alguna de las cosas que aparecen como no permitidas, contacte con los coordinadores del libro o con la autora o autor del trabajo correspondiente. Los coordinadores del libro no se responsabilizan de las opiniones, juicios o comentarios, expuestos por las autoras/es en este libro; así como de los posibles conflictos de autoría que aparezcan en los trabajos. Dicha responsabilidad recae exclusivamente sobre las autoras y autores de los trabajos.

Impreso en Colombia

ISBN 194557066-0



9 781945 570667

Relación de autoras y autores

- Aguaded Gómez, María Cinta. *Departamento de Educación. Universidad de Huelva.*
- Andrés Vitoria, Carmen de. *Pedagoga. Departamento de Didáctica y Teoría de la Educación. Universidad Autónoma de Madrid. Miembro del Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO).*
- Blázquez García, María Jesús. *Bióloga. Catedrática de Biología-Geología.*
- Bosisio, Agnese. *Pedagoga. Universidad Técnica de Cotopaxi (Ecuador).*
- Cabezas González, Marcos. *Pedagogo. Universidad de Salamanca.*
- Cano Giménez, Evelyn. *Psicóloga especializada en Servicio de Neonatología.*
- Carballo Basadre, Carmen. *Profesora de Historia del Arte. Ministerio de Educación. Presidenta de la Asociación Nacional de Educación Prenatal-España.*
- Casillas Martín, Sonia. *Pedagoga. Universidad de Salamanca.*
- Estany Estany, Lidia. *Comunicóloga Prenatal y Perinatal. Autora del blog divulgativo "La Vida Intrauterina".*
- García Rodríguez, María Luisa. *Pedagoga. Universidad de Salamanca.*
- Gútiérrez Cuevas, Pilar. *Pedagoga. Departamento de Didáctica y Organización Escolar. Universidad Complutense de Madrid. Miembro del comité científico asesor de ISEI - International Society on Early Intervention (ISEI)"*
- Herrán Gascón, Agustín de la. *Pedagogo. Departamento de Didáctica y Teoría de la Educación. Universidad Autónoma de Madrid.*
- Hervás Hermida, Lucía. *Profesora de Educación Artística. Universidad Autónoma de Madrid.*
- Madrugá Luzes, Eleanor. *Médica, PhD. en Ciencia del Inicio de la Vida. (Brasil).*
- Moratalla Isasi, Silvia. *Pedagoga e Inspectora de Educación. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.*
- Moreno Hernández, Amparo. *Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad Autónoma de Madrid.*
- Nanu, Lavinia Mihaela. *Directora de la National School of Public Health, Management and Professional Development, Bucarest (Rumania).*
- Pascual Polonio, María Auxiliadora. *Graduada en Educación Social. Universidad de Huelva.*
- Pérez Bravo, Dolores. *Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad Autónoma de Madrid.*
- Pinto Llorente, Ana María. *Maestra de Educación Primaria y Doctora en Tecnología Educativa. Universidad de Salamanca.*
- Rodrigo Moriche, María Pilar. *Pedagoga. Universidad Autónoma de Madrid.*
- Sánchez Blanco, Concepción. *Pedagoga. Departamento de Pedagogía y Didáctica. Universidad de A Coruña.*
- Sánchez Romero, Cristina. *Pedagoga. Universidad Nacional de Educación a Distancia.*
- Serrano Manzano, Bianca. *Pedagoga. Universidad de Castilla-La Mancha.*

CONTENIDO

Prólogo	19
----------------	----

I. OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA EDUCACIÓN PRENATAL

Carmen Andrés Vilorio y Pilar Gutiez Cuevas

Resumen	25
1. Introducción	26
2. Educación prenatal: concepto	27
3. Objetivos que determinan la educación prenatal	30
4. Bases y beneficios de la educación prenatal	30
4.1. Aportaciones desde las neurociencias	28
4.2. Aportaciones del ámbito biomédico	33
4.3. Aportaciones de la psicología del desarrollo	35
5. La formación en educación prenatal como medida preventiva	39
5.1. Programas de educación prenatal	40
5.1.1. Programas de educación maternal-paternal	41
5.1.2. Programas de estimulación prenatal	43
5.2. Soltando hilo a la cometa de la educación prenatal	45
6. Conclusiones	47
7. Referencias	48

2. UNA MIRADA INTERDISCIPLINAR PARA LA EDUCACIÓN PRENATAL: CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA, ESCUELAS INFANTILES Y FAMILIAS

María Pilar Rodrigo Moriche

Resumen	57
1. Introducción	58
2. Necesidades y conceptualización del (futuro) niño o niña	59
3. Recursos y capacidades de las figuras parentales. Posibilidades que ofrece el entorno	60
4. Interconexión de entornos comunitarios primarios: centros de atención primaria y escuelas infantiles	65
4.1. Centros de atención primaria	66
4.2. Escuelas infantiles	68
5. Conclusiones	71
6. Referencias	72

3. CUÁNDO EMPIEZA LA EDUCACIÓN PRENATAL

Eleanor Madruga Luzes

Resumen	79
1. Epigenética y las sagas de familia	80
2. Ser padres: concepción, gestación y parto	82
3. El niño herido	84
4. Vida y cooperación	85
5. Cuidemos a la embarazada	86
6. <u>Qué</u> está haciendo la sociedad	88
7. El bebé	91
8. Referencias	94

4. NUEVOS FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS PARA LA PRÁCTICA DE LA EDUCACIÓN PRENATAL

María Jesús Blázquez García y Agustín de la Herrán Gascón

Resumen	103
1. Introducción: preguntas para una reflexión previa	105
2. Revisión de algunos conceptos y hallazgos biológicos fundadores de la práctica de la educación prenatal y de la formación	106
2.1. El agua de nuestro organismo, «agua viva», es capaz de amplificar y transmitir señales en un instante	109
2.2. Durante la gestación, madre y criatura están interconectados de manera continua y simultánea por una red mecánica, vibratoria, u oscilatoria, energética, electrónica e informativa. Teoría de la matriz viviente	111
2.3. Los microtúbulos celulares y la conciencia	113
2.4. Nuestros pensamientos, emociones e intenciones pueden modificar nuestra Biología. No estamos determinados por los genes	114
2.5. El ADN es un fluido que vibra y se pliega según las vibraciones del corazón	116
2.6. ¿Somos más otros que nosotros? ¿Somos bacterias y virus? ¿Qué convierte en patógenos a los microbios?	117
2.7. El primer hábitat del ser humano. El útero	119
2.8. La concepción	120
2.9. La gestación, tiempo de máxima formación e influencia	121
2.10. Parto, nacimiento y lactancia materna	122
3. Formación del profesorado	124
4. Conclusiones	125
5. Referencias	127

5. PEDAGOGÍA PRENATAL: ESTUDIO COMPARATIVO DESDE LA VISIÓN DE PADRES E HIJOS

María Cinta Aguaded Gómez y M^a Auxiliadora Pascual Polonio

Resumen	133
1. Introducción	134
2. Objetivos	138
3. Metodología	139
3.1. Población y muestra	139
3.2. Diseño	139
3.3. Materiales e instrumentos	139
3.4. Procedimiento	140
4. Resultados	140
4.1. Cuestionarios	140
4.2. Entrevistas	150
5. Discusión y conclusiones	151
6. Referencias	154

6. REFLEXIONES EN TORNO A UNA DIDÁCTICA DE LA EDAD PRENATAL

María Luisa García Rodríguez, Ana M^a Pinto Llorente, Marcos Cabezas González y Sonia Casillas Martín

Resumen	157
1. Introducción	159
2. Referencias biológicas sobre la evolución del cerebro en la fase prenatal	162
2.1. Formación y funcionamiento de las estructuras cerebrales	163
2.2. Las sinapsis	164
2.3. Los periodos críticos	166
3. La neuroeducación y el aprendizaje prenatal	171
4. La Didáctica de la edad prenatal, ¿una nueva ciencia?	176
5. Consideraciones finales	178
6. Referencias	181

7. EDUCACIÓN PRENATAL, ADOLESCENTES Y SISTEMA EDUCATIVO: UNA EDUCACIÓN EN VALORES DESDE LAS RAÍCES

Carmen Carballo Basadre

Resumen	189
1. Introducción	191
2. Objetivos	195
3. Contenidos	196
3.1. Preparación a la concepción	197
3.2. La concepción	199
3.3. La gestación	203
3.4. El nacimiento	207
3.5. La lactancia materna	208
4. Necesidad de formación	210
5. ¿Dónde podríamos incluirla dentro del sistema educativo?	211
6. ¿Dónde realizar la formación?	212
7. Conclusiones	212
8. Referencias	214

8. EDUCACIÓN PRENATAL Y ENFERMEDADES RARAS. ESTUDIO DE UN CASO: EL SÍNDROME WEAVER

Silvia Moratalla Isasi y Cristina Sánchez Romero

Resumen	217
1. La importancia de la educación prenatal en las enfermedades raras	219
2. Estudio de caso analizado: niño con síndrome Weaver	221
2.1. Características del síndrome Weaver	221
2.2. Descripción del caso	222
3. Conclusiones	236
4. Referencias	241

9. MATERNIDAD Y EDUCACIÓN PRENATAL

Concepción Sánchez-Blanco

Resumen	247
1. Introducción	249
2. Recogida de datos	250
3. Discusión de categorías	251
3.1. Vivir o producir	251
3.2. Economicismo, liberación y preñez	255
3.3. Maternidad, equidad y servicios públicos	262
4. Para concluir: destapar y apagar hegemonías	267
5. Referencias	269

10. EDUCACIÓN PRENATAL Y LACTANCIA MATERNA: APOYAR A LAS MADRES EN LOS INCONVENIENTES Y DIFICULTADES DE SUS LACTANCIAS

María Dolores Pérez Bravo y Amparo Moreno Hernández

Resumen	275
1. Introducción y fundamentación teórica	277
2. Meta o finalidad	283
3. Método	283
4. Resultados	286
5. Conclusiones	298
6. Referencias	300

II. ARTETERAPIA PARA LA MATERNIDAD. APORTACIONES DEL ARTE A LA EDUCACIÓN PRENATAL Y PARENTAL

Lucía Hervás Hermida

Resumen	305
1. Introducción	306
2. Arteterapia para la maternidad	309
3. La maternidad como proceso de creación	311
4. Aportes del arteterapia a la educación prenatal	312
4.1. La relación entre la crianza y la creación	312
4.2. Desarrollo de la conciencia y desarrollo personal	313
4.3. Metodología activa, vivencial y artística	314
4.4. El ambiente de creación en grupo	315
4.5. Educación emocional y social: El desarrollo de las competencias parentales	316
4.6. La exploración de los patrones de relación: Visualización del sistema familiar	317
4.7. Exploración y transformación de los estilos de apego	318
4.8. El potencial de los materiales y metáforas	319
4.9. El potencial de las obras/imágenes	320
4.10. La implicación del cuerpo	321
4.11. Empoderamiento	322
4.12. Resiliencia	324
4.13. El potencial de transformación social de la creación colectiva	325
4.14. El desarrollo de la dimensión artística personal	326
5. Conclusiones	326
6. Referencias	328

12. APUNTES PARA LA FORMACIÓN DE UN EDUCADOR SENSIBLE A SU BIOGRAFÍA PRENATAL

Lidia Estany Estany

Resumen	335
1. Introducción	337
2. El ser humano integral	337
2.1. La biografía de cada persona empieza con su concepción	337
2.2. Guardamos memoria de nuestro primer día de vida	338
2.3. El ser humano es un proceso en el tiempo	338
2.4. El modelo integral del desarrollo temprano	340
2.5. Ambiente ¿armónico o violento?: crecer versus protegerse	341
2.6. La necesidad de comprender el dolor del bebé prenatal	341
3. Shock y trauma prenatal y perinatal	342
3.1. El periodo crítico de la organogénesis	343
3.2. Shock y trauma en la preconcepción y concepción	343
3.3. Shock y trauma en la anidación y durante la gestación	344
3.4. Shock y trauma en el nacimiento y alrededores	344
3.5. ¿Se basa el actual modelo de desarrollo infantil en niños sanos o en niños traumatizados?	345
4. Ejemplos de huellas antes de nacer	345
4.1. No a la vida	345
4.2. Sí a la vida condicionado	347
4.3. Sí a la vida con obstáculos	348
5. Ejemplos de huellas durante y alrededor del nacimiento	350
6. Necesidades básicas del bebé prenatal y perinatal	351
7. Autoconocimiento	353
7.1. El poder del amor	354
7.2. Terapia	354
7.3. La naturaleza del embarazo y el parto como modelo	355
7.4. Formación	355
7.5. La dimensión espiritual	358
8. Conclusiones	359
9. Referencias	360

13. FORMACIÓN EN EDUCACIÓN PRENATAL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

Lavinia Mihaela Nanu

Resumen	365
1. La necesidad de formar a los profesionales de la salud en educación prenatal	367
2. ¿Cuáles son los profesionales de la salud encargados de este papel?	367
3. Estructura de un programa de formación en educación prenatal para los profesionales de la salud	370
4. El objetivo de la formación en educación prenatal para los profesionales de la salud	372
5. Contenido de un programa de formación en educación prenatal destinado a los profesionales de la salud. Objetivos educacionales	373
5.1. Explicar a los futuros padres la importancia de planificar y de preparar la concepción de su niño	373
5.2. Explicar las consecuencias de comportamientos de riesgo durante el periodo preconcepcional y el embarazo	374
5.3. Demostrar su capacidad para animar a los jóvenes y a los futuros padres a evitar las sustancias tóxicas	377
5.4. Explicar a los jóvenes y a las parejas cómo comenzar una cura de desintoxicación al menos 6 meses antes de la concepción y estar atentos a conservar la pureza del organismo	377
5.5. Identificar en los futuros padres los indicadores de salud que deben ser verificados antes de la concepción	378
5.6. Explicar la importancia del seguimiento médico del embarazo	379
5.7. Enumerar los principales métodos de cribado y de diagnóstico prenatal	380
5.8. Explicar a los futuros padres la importancia de las primeras semanas de embarazo para el desarrollo del niño	382
5.9. Aconsejar a los futuros padres, sobre todo a la madre, adoptar una mejor forma de alimentarse, antes de la concepción y durante todo el embarazo	383
5.10. Explicar a los futuros padres, especialmente a la mujer embarazada, la importancia de evitar o transformar el estrés negativo, para el bienestar del niño	389
6. Conclusiones sobre la importancia del programa de formación de profesionales en educación prenatal	390
7. Referencias	391

14. ACOMPAÑAMIENTO PEDAGÓGICO DURANTE LA ETAPA PRENATAL, NACIMIENTO Y POSTNATAL DESDE LA FIGURA DE LA DOULA: UNA REVISIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Bianca Serrano Manzano y Agnese Bosio

Resumen	399
1. Introducción	401
2. Desarrollo	406
3. Resultados	407
4. Conclusiones	423
5. Referencias	424

15. EDUCACIÓN PERINATAL CON SANITARIOS DE UN SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

Evelyn Cano Giménez

Resumen	433
1. Introducción	434
2. Marco teórico	434
2.1. ¿Cómo surge el Programa Abrazo?	436
2.2. Necesidades del personal sanitario	437
2.3. Insights de enfermería	438
3. Diseño de la investigación	439
4. Resultados	441
5. Conclusiones	443
6. Referencias	445

PRÓLOGO

Este libro es una llave preparada para ser introducida en dos cerraduras. La primera es la educación. La segunda es la Pedagogía, que la estudia e investiga. El objetivo es que ambas puertas se abran, por dos razones: por coherencia formativa y porque, de otro modo, sus campos quedarían incompletos.

Lo habitual es pensar y sostener que la primera infancia -desde la cuna- es la fase fundamental en la vida del ser humano. Por ejemplo, Marta Mata, presidenta del Consejo Escolar del Estado, decía que “los dos primeros años son la vida entera”. Pero es el momento de ir más allá y pensar, junto con los impulsores del Manifiesto “The 1001 Critical Days: The Importance of the Conception to Age Two Period”, que el periodo más condicionante son los aproximadamente 1000 primeros días, contando desde la concepción.

De ordinario, no se cae en la cuenta de que cada vez más descubrimientos científicos evidencian que el periodo prenatal es el más fundamental en la vida del ser humano. La literatura científica que respalda esta afirmación es bastante amplia, y aumenta a medida que más investigadores e instituciones académicas y científicas lo evidencian, dando soporte a la conciencia de su enorme potencial educativo.

En el periodo prenatal la persona construye las bases de su salud, de su afectividad, de su equilibrio, de sus capacidades de relación, de su inteligencia, de su creatividad. Lo hace por medio de los materiales físicos y psíquicos aportados por su madre y el entorno.

Principalmente la madre, con sus pensamientos, sentimientos, forma de vivir, hábitos, estados interiores, etc. puede educar al bebé prenatal antes de que nazca, antes de ser niño o niña, con el apoyo de su entorno, de sus seres queridos y de la sociedad en general.

En este contexto, educar es contribuir a despertar armónicamente capacidades latentes, ya sean de orden físico, emocional, intelectual o ético, y de sensibilizarle a los más bellos valores del ser humano.

Informar de ello a las futuras madres y padres es permitirles dar a sus hijos e hijas conscientemente las mejores condiciones para su evolución como persona. Las evidencias científicas apuntan a que es una labor de vital importancia, si tenemos en cuenta que los beneficios que se derivan de ello son tanto personales como sociales.

En la actualidad las ciencias que más se han ocupado de la educación prenatal han sido las Ciencias de la Salud (Medicina, Neurociencias, Psicología, etc.). Por eso este puede ser un momento crucial para la participación activa de las Ciencias de la Educación, y de modo particular de la Pedagogía, por ser la ciencia cuyo objeto de estudio es, específicamente, la educación, la enseñanza, el aprendizaje formativo, la formación y todo lo relacionado con ellos.

Desde esta compleja y amplia disciplina científica, caben promover variadas iniciativas. Por ejemplo, investigación y acciones desde programas de formación adecuados dirigidos a padres y madres o desde planificaciones y propuestas metodológicas en escuelas infantiles, colegios de infantil y primaria, institutos y universidades, medios de comunicación, familias, etc., para que toda esta riqueza ocupe un lugar en las futuras mamás y papás y en el sustrato de una sociedad necesariamente educadora.

Específicamente, es imprescindible que estos nuevos conocimientos se integren en la capacitación de los profesionales de la educación (de todos los niveles educativos), de la salud, de la información, etc., vía formación inicial y continua.

Se trata, por el bien de la propia sociedad, de que esta evidencia y reto radical (oculto a la vista, excluido de facto, clave para la formación de individuos y la educación de sociedades e independiente de contextos y épocas) cuaje como elemento básico de una cultura general pedagógica ciertamente endeble y tergiversada.

En el libro los lectores encontrarán contribuciones variadas, tanto profesionales como formativas, así como para la investigación.

Todas han sido redactadas por autores y autoras de reconocido prestigio en el campo de la educación y la Pedagogía prenatales. Algunos de ellos son, además, autoridades en la materia de nivel internacional.

Queremos señalar que los contenidos expuestos en cada capítulo son responsabilidad de sus autores.

Nos parece oportuno indicar, asimismo, que en ningún momento este libro pretende “sentar cátedra”, sino más bien abrir un debate y poner “sobre la mesa” un tema tan importante para el desarrollo y la evolución humana y el bienestar de las personas y de las sociedades.

Los coordinadores estamos muy agradecidos por tener la oportunidad de ayudar a nacer una obra clave para el desarrollo de la emergente Pedagogía prenatal. En sus páginas se incluyen informaciones y razones importantísimas. En buena lógica, habrá de contribuir a la mejora social y a la evolución de la educación y de la Pedagogía, con lo que la sociedad entera ganará.

Los coordinadores

OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA EDUCACIÓN PRENATAL

Resumen

1. Introducción
2. Educación prenatal: concepto
3. Objetivos que determinan la educación prenatal
4. Bases y beneficios de la educación prenatal
 - 4.1. Aportaciones desde las neurociencias
 - 4.2. Aportaciones del ámbito biomédico
 - 4.3. Aportaciones de la psicología del desarrollo
5. La formación en educación prenatal como medida preventiva
 - 5.1. Programas de educación prenatal
 - 5.1.1. Programas de educación maternal-paternal
 - 5.1.2. Programas de estimulación prenatal
 - 5.2. Soltando hilo a la cometa de la educación prenatal
6. Conclusiones
7. Referencias

OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA EDUCACIÓN PRENATAL

Carmen Andrés Viloría
Pilar Gutiez Cuevas

Resumen

La educación prenatal es una actividad emergente basada en la neurociencia y la plasticidad del sistema nervioso, dirigida a promover el mejor desarrollo del bebé. Incluye la planificación de la reproducción, embarazo, parto y crianza saludable. Debe comprender el conjunto de conocimientos y actuaciones que han de transmitirse para que sean incorporadas por los futuros padres con la finalidad de crear las condiciones óptimas desde la concepción del niño, su desarrollo durante el embarazo, nacimiento y su crianza posterior. Las intervenciones que se realizan en la educación prenatal se fundamentan en los conocimientos generados por la confluencia de distintas disciplinas científicas que, desde un enfoque interdisciplinar, ofrecen nuevos modelos de atención a la primera infancia. Neurociencias y la plasticidad cerebral son elementos esenciales en la intervención; nos proporcionan información para determinar qué podemos hacer para lograr un mejor desarrollo de los niños. La formación de padres es un elemento esencial de la educación prenatal. Formar e informar a los futuros padres permite conocer y comprender la importancia que tienen en el proceso de vinculación. Consideramos la educación prenatal como una medida educativa preventiva y de mejora individual y social que permite dar respuesta a problemas sociales a los que la educación no puede ser ajena.

Palabras clave

Educación prenatal, tendencias educativas, educación familiar, formación.

i. Introducción

La atención a la primera infancia y su consideración como un periodo esencial en el desarrollo del ser humano se reconoce desde hace más de 50 años pero ha sido en las últimas décadas cuando se ha hecho más evidente la importancia científica del periodo prenatal.

La salud prenatal ha sido objeto de posicionamientos internacionales positivos. Sin duda, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948), que establece que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales” (art. 25. 2), y la Convención de los Derechos del Niño (adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989), que asigna a los Estados Partes la obligación de “asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres” (art. 24, párrafo 2 d), han sido reconocimientos importantes para avanzar en un mayor desarrollo y conocimiento de la educación prenatal.

En la actualidad los progresos tecnológicos han permitido hacer un seguimiento de la conducta del feto a lo largo de toda la gestación, incidir en aspectos preventivos e investigar y conocer, desde una nueva perspectiva, lo que es importante para un adecuado desarrollo y funcionamiento tanto orgánico como emocional del feto (Lafuente, 2007; Chamberlain, 2009).

Aunque la educación prenatal se identifica más con las ciencias de la salud que con el ámbito de la educación (Rojas Valenciano, 2010; Hurtado, Cuadrado, Herrán, 2015), donde las disciplinas bio-sanitarias han tenido un mayor protagonismo ya que han aportado nuevos conocimientos (preventivos, psicopatológicos, clínicos, terapéuticos, de investigación) y nuevas prácticas en el momento del embarazo, el parto, el post parto y crianza durante los primeros años de vida del bebé, estamos ante una cuestión

necesariamente interdisciplinar que merece atención desde la formación que va a permitir favorecer el progreso de la educación para la concepción, la gestación, el embarazo y la crianza saludable.

Partimos de que la educación prenatal no tendría sentido si no existieran razones para pensar que puede tener resultados positivos.

2. Educación Prenatal: Concepto

Entendemos la educación prenatal como el conjunto de conocimientos y actuaciones que han de transmitirse para que sean incorporadas por los futuros padres con el fin de crear las condiciones óptimas de cara a la concepción del niño y su desarrollo e incluye la planificación de la reproducción, el embarazo, nacimiento y crianza saludable.

Sabemos que el desarrollo de las capacidades del ser humano no depende solo de su dotación genética o del ambiente, también está influenciado por la forma en la que vive y aprende. Durante el periodo de la gestación y los primeros años de vida el desarrollo del ser humano pasa por momentos cruciales.

Existe un complejo abanico de sistemas (Bronfenbrenner, 1987) que están influyendo permanentemente en el futuro bebé y después de su nacimiento, a través de su ambiente más próximo (microsistema), los futuros padres. Esta es una de las justificaciones de la educación prenatal.

Los efectos de las actuaciones en las primeras etapas son importantes porque es cuando se establecen las bases del desarrollo posterior y en las que la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales tiene una mayor incidencia en este desarrollo (Papalia, Olds y Feldman, 2001; Pérez de Villar, 2005).

Desde un planteamiento integral, la educación prenatal promueve, tanto en los individuos como en su entorno de vida, el mejor desarrollo del bebé. En un sentido amplio debe abarcar las condiciones biopsicosociales de los futuros padres, desde etapas muy anteriores a la concepción del bebé, hasta la crianza, procurando que, en todo momento, prevalezca el interés del niño (o futuro niño), es decir, su mejor desarrollo integral.

3. Objetivos que Determinan la Educación Prenatal

Desde el punto de vista de los servicios sanitarios, la educación prenatal es considerada un instrumento eficiente de educación para la salud, entendida esta como un estado de bienestar integral físico, psíquico y social (OMS,1946). “La promoción, prevención y educación para la salud comprende las actividades dirigidas a modificar o potenciar hábitos y actitudes que conduzcan a formas de vida saludables, así como a promover el cambio de conductas relacionadas con factores de riesgo de problemas de salud específicos y las orientadas al fomento de los autocuidados” (R.D. 1030/2006).

La etapa prenatal se encuentra dentro de las actividades básicas de prevención y promoción de la salud, centrandó su foco en promover las mejores condiciones biopsicosociales para asegurar en la medida de lo posible el mejor desarrollo del niño. Por lo tanto, el objetivo que persigue la educación prenatal es lograr el mejor desarrollo del futuro niño, tanto físico como psicológico y emocional, proporcionándole las condiciones que le permitan desarrollar sus potencialidades según su proceso natural y su propia dotación genética.

Si bien la educación prenatal tiene como finalidad contribuir al desarrollo del ser humano, también trata de prevenir y compensar las posibles carencias originadas por partir de unas condiciones adversas, ya sean biológicas, psicológicas o ambientales, y favorecer su pleno desarrollo.

El objetivo de la educación prenatal, por lo tanto, incluye a la familia, a la madre, al feto y a su entorno. Los destinatarios principales de la educación prenatal son los jóvenes, los progenitores potenciales y los responsables de los entornos mencionados en los que aquellos se desenvuelven (por ejemplo, supuestos como el de la higiene laboral requerida por las trabajadoras embarazadas y lactantes).

Los objetivos de la educación prenatal hacen referencia a los cuidados que se requieren en todo el proceso (salud, seguridad, alimentación, sueño, higiene, afectividad, estimulación, intervención, etc.); esta debe iniciarse antes de la concepción y continuar más allá del nacimiento. Incide especialmente el apego in útero que favorece el amor incondicional al niño, su vinculación y valoración por parte de los padres, la capacidad para observar y comprender las necesidades que presenta o el reconocimiento de sus emociones, para que puedan ofrecer una respuesta adecuada a sus necesidades (disponibilidad, cercanía física y emocional, protección, etc.).

Consideramos de máximo interés la inclusión de atención educativa y apoyo a los padres y futuros progenitores para ayudarles a comprender sus propias necesidades sociales, emocionales, psicológicas y físicas durante el embarazo, el parto y paternidad. Sabemos del importante rol de los padres, no sólo por su papel en ciertas medidas de prevención temprana como por ejemplo el cumplimiento de los calendarios de vacunación de sus hijos, sino por la importancia de sus capacidades, responsabilidades y control

(“empowerment”) para mejorar condiciones de vida, de salud y de educación, a través, entre otras, de las actividades proporcionadas por la educación para la salud y la educación prenatal (Fernández y Fernández-Arroyo, 2017).

La educación prenatal implica distintas actividades pero todas persiguen el objetivo de preparar y proporcionar información sobre conocimientos, actitudes y comportamientos educativos para la paternidad. La especie humana cuenta con motivaciones, actitudes y capacidades para el cuidado del embarazo y para la crianza de los niños pero la sociedad y la cultura modifican ese bagaje en sentido positivo y negativo, por lo que deben ser tomadas en cuenta a la hora de planificar nuevas prácticas formativas en la educación prenatal. La necesidad de educar para una progenitura consciente y de calidad aún es más acuciante.

4. Bases y Beneficios de la Educación Prenatal

Los avances en el conocimiento de las distintas disciplinas que abordan el desarrollo del ser humano (neurología evolutiva, pedagogía, psicología, antropología, etc.) han proporcionado al ámbito educativo una fundamentación más rigurosa para construir experiencias adecuadas para cada momento del desarrollo del niño.

Las aportaciones e implicaciones que se derivan desde distintos ámbitos de investigación son fundamentales para comprender los beneficios de la educación prenatal.

4.1. Aportaciones desde las neurociencias

La educación prenatal se fundamenta en el desarrollo y maduración del sistema nervioso central y, de forma particular, del cerebro.

Las neurociencias se ocupan del sistema nervioso, de sus aspectos y funciones especializadas e involucra tanto a la biología del sistema nervioso como a las ciencias humanas, sociales y exactas que representan la posibilidad de contribuir al bienestar humano, por medio de mejoras en la calidad de vida durante todo el ciclo vital (UNESCO, 1995; Vincent, 1995).

La especialización disciplinar y el conocimiento del proceso de neurodesarrollo nos ha permitido conocer la importancia de la etapa prenatal y de los primeros años de vida, etapa con necesidades y características específicas, distintas a cualquier otro momento (Conger, 1977; Murphy, 1944; Campos, 2005).

Las técnicas avanzadas de neuroimagen nos van desvelando el proceso del desarrollo del ser humano desde el vientre materno y permiten comprender cómo se forma el sistema nervioso, la influencia del ambiente en la determinación de su arquitectura, funcionamiento y los elementos que lo componen. Esto nos permite conocer los mecanismos por los cuales el cerebro se va construyendo en un continuo en el tiempo y su acomodación a las diferentes etapas de desarrollo, lo que permite el aprendizaje y la posibilidad de lograr una recuperación funcional tras lesiones de distinta naturaleza (Benarós et al., 2010).

Pero también se alerta sobre la posibilidad de que este desarrollo puede alterarse sustancialmente en función del entorno físico y social de los primeros años de vida e incluso desde antes de su nacimiento. Los mecanismos de neuroplasticidad y restauración funcional como base neurobiológica justifica tanto la intervención temprana como la educación prenatal. La neuroplasticidad hace referencia a las posibilidades de modificación y adaptación que tiene el sistema nervioso, tanto en condiciones normales ante la influencia ambiental (plasticidad neural natural) como en condiciones patológicas, ante la lesión neurológica (plasticidad neural postraumática) (Hernández Muela, Mulas y Mattos, 2004).

Desde este acercamiento, las neurociencias nos aportan información para determinar qué podemos hacer para lograr un mejor desarrollo de los niños. Saber cómo aprende, procesa, almacena y evoca la información, nos permite mejorar nuestras propuestas de intervención, basándonos en experiencias validadas y ajustar su frecuencia, intensidad y duración a las capacidades y posibilidades del niño (Ortiz Alonso, 2011).

Esta información es de gran utilidad para los profesionales de la educación puesto que facilita la comprensión de las bases neurológicas del aprendizaje y, como consecuencia, de aquellos conocimientos que son relevantes para la fundamentación, diseño y planificación de la actuación y nos orienta para ofrecer las respuestas más adecuadas.

Las neurociencias inciden en el hecho de que el crecimiento y diferenciación del SNC está relacionado tanto con factores genéticos como con factores ambientales, que están en continua interacción. Esto supone que nuestro córtex es modulable por la experiencia y el aprendizaje (Ortiz Alonso, Campo, Quesney-Molina y Fernández Lucas, 2003). La intervención educativa en estas etapas requiere su apoyo como un elemento esencial para conocer y comprender la anatomía funcional del cerebro, su organización, cómo se produce la relación entre las diversas áreas y niveles, la naturaleza de las respuestas que genera y cómo estas respuestas consiguen alcanzar cambios estables en la organización cerebral. Estos cambios van a permitir adquirir funciones no desarrolladas o la maduración de las mismas.

A partir de la aparición de numerosos trabajos (Brazelton, 1989; Bolwby, 1993; Stern, 2006) sobre el estudio de las interacciones precoces se toma en consideración la vida mental y las interacciones feto-maternas. Sabemos de la importancia de las experiencias y vivencias del feto para la organización del cerebro.

El feto es altamente vulnerable a la influencia de experiencias adversas que pueden tener efectos negativos duraderos en el bienestar físico y psicológico (Sameroff y Chandler, 1975).

El niño va a ir modelando su potencial genético en función de las respuestas que obtenga en las relaciones que establezca con el mundo exterior. Por ello es necesario cuidar todo lo relacionado con la salud de la madre y del niño en el periodo de la vida prenatal.

Del mismo modo el desarrollo también está condicionado por la interacción de factores de riesgo y de resiliencia. Generar ambientes con estímulos idóneos permite favorecer la adquisición de funciones o capacidades que pueden verse afectadas por problemas que surgen a lo largo del desarrollo o de su maduración.

4.2. Aportaciones del ámbito biomédico

Desde el punto de vista biomédico, los riesgos para los futuros hijos deben ser prevenidos desde la infancia mediante el cumplimiento del calendario de vacunación. El padecimiento de la rubeola o de la varicela por la mujer embarazada es un riesgo grave para el futuro hijo. Antes del embarazo, la mujer debe consultar al médico las vacunas que, en su caso, debe recibir previamente al intento de aquel (García- Benítez et al., 2012).

De igual modo, la procreación en edades prematuras o tardías lleva consigo un plus de riesgos de defectos congénitos. Las edades de la mujer más convenientes para la reproducción son las comprendidas entre 22 y 34 años (Martínez-Fernández y Bermejo Sánchez, 2012). Para los varones la etapa más segura comienza también a los 22 años, pero se extiende más que en las mujeres.

La decisión de procrear debe llevar aparejado el compromiso de satisfacer las necesidades de la descendencia, que deben ser tenidas en cuenta en la etapa prenatal, muy especialmente las

relativas a la crianza, cuya salubridad depende de varios factores (Casado y Sanz, 2016). De ellos, uno muy importante desde el punto de vista biomédico es la lactancia materna.

El conocimiento científico ha establecido la conveniencia de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida del bebé y compartida con la ingestión de otros alimentos durante los dieciocho meses siguientes. En España, en general, el permiso de maternidad remunerado dura 16 semanas, inferior a lo que requiere dicha prescripción, por lo que los progenitores deben programar sus proyectos laborales y reproductivos de modo que suplan dicho fallo de la política familiar.

La educación prenatal debe asumir el objetivo de informar a los progenitores, no más tarde del momento en el que deciden serlo por vez primera, de las demandas, no sólo del embarazo saludable, sino también de la crianza igualmente saludable; así como de los medios que se ofrecen para la conciliación genuina de la vida familiar y laboral.

Es importante evitar las condiciones ambientales de riesgo ya que estas pueden causar cambios en la arquitectura cerebral y en funcionamiento de los circuitos cerebrales. No podemos olvidar que la salud de la madre influye en la salud y desarrollo de su hijo.

Se trata de proporcionar un ambiente saludable para el desarrollo infantil desde la planificación de la gestación que garantice una nutrición adecuada, cuidados, higiene, asistencia médica y controles de salud constantes, desde el inicio y durante el proceso de crecimiento y desarrollo.

En la etapa previa a la concepción y el embarazo el futuro bebé depende absolutamente de sus padres para su formación y, más aun, de la madre. Esta dependencia se extiende, con sus características específicas, al parto y la crianza en los primeros años de vida.

El embarazo es un momento crítico para la implantación y desarrollo de conductas física y psicológicamente saludables en los padres (principalmente en la madre) para la prevención de posibles deficiencias en el futuro niño (Jáñez, 2010). Estas conductas van a tener una repercusión no sólo durante la etapa prenatal sino después del nacimiento y durante la crianza.

Es obvia la importancia de la atención en el periodo pregestacional y gestacional y, por ello, es necesario poner al alcance de la población concernida la información y formación sobre la incidencia de factores positivos o negativos que influyen en el niño por nacer y buscar la motivación necesaria para crear cambios y consolidarlos.

Es necesaria una adecuada formación de la madre gestante en aspectos relativos a su salud física y mental, así como facilitarle información sobre las conductas de riesgo que debe evitar para lograr el mejor desarrollo de su hijo, evitando factores de riesgo como es el consumo de tabaco, alcohol, dieta inadecuada, las situaciones de estrés etc.

4.3. Aportaciones de la psicología del desarrollo

El embarazo está influido no solo por factores biológicos sino psicológicos y culturales y han de ser tenidos en cuenta por su influencia en la madre-padre-niño intrauterino. Si no es así, el embarazo será vivido por la mujer como un estado biológico en el que esta se somete a la autoridad del personal sanitario (Fernández Mateos, 2005).

Tener en cuenta estos aspectos nos brinda la posibilidad de prevenir dificultades durante el embarazo y también tras el nacimiento. Durante el embarazo, los cambios que la mujer experimenta no sólo son funcionales para la formación del embrión y el feto sino también emocionales para la progresiva incorporación cognitiva y emocional del futuro niño en la familia.

Curiosamente, durante el embarazo se producen cambios cerebrales en las madres que afectan a áreas específicas, como son el hipocampo o el bulbo olfatorio, asociadas con funciones necesarias para gestionar los retos de la maternidad (Hoekzema et al., 2016).

Fernández Mateos (2005) afirma que madre e hijo comparten sistemas neurohormonales, siendo los componentes afectivos desencadenantes de secreciones hormonales que modifican el medio biológico en el que se desarrolla el futuro niño. El estrés en la madre hace que esta produzca niveles excesivos de hormonas como la adrenalina y noradrenalina, que traspasan la barrera placentaria y pueden afectar al niño.

El estrés materno puede condicionar el desarrollo emocional y conductual del niño y es uno de los factores de riesgo de la prematuridad, o del bajo peso al nacer, de la irritabilidad futura del niño y de otras alteraciones (Verny y Weintraub, 1992).

Desde el punto de vista emocional el embarazo se caracteriza por una creciente sensibilidad emocional y una necesidad de revisar y comprender los vínculos primarios para poder vincularse afectivamente con el recién nacido (Bydlowski, 2007). Es necesario transmitir que a los hechos fisiológicos que supone un embarazo, parto y postparto, se le suma una importante construcción simbólica sobre la maternidad y paternidad (Abajo, Bermant, Cuadrada, Galaman, Soto, 2016).

El bienestar emocional de la mujer embarazada es un factor de su salud tan importante como los físicos y los estilos de vida ya que el aumento del estrés puede afectar al embrión y al feto, como se ha señalado.

Así mismo, existen factores que pueden suponer una dificultad para la vinculación materna como puede ser el estrés, el embarazo no deseado, la edad de la madre, el apoyo social, su personalidad, la relación de pareja, su estado anímico, etc., que pueden repercutir en el posterior desarrollo. Es importante facilitar a la madre un ambiente sosegado y los apoyos necesarios para afrontar demandas y tensiones excesivas (Lafuente, 2010).

Por ello, sostener a la futura madre será el papel no solo del padre y la familia sino también del acompañamiento y apoyo social que pueda tener, así como del programa de educación prenatal.

La especificidad del desarrollo fetal implica pensar también en el contexto interpersonal. La vinculación afectiva comienza en la etapa prenatal y existen comportamientos que ponen de manifiesto su existencia (Lafuente, 2010); esta se ve reforzada por las capacidades que el niño por nacer va desarrollando y que la madre interpreta confiriéndoles sentido relacional. El padre y la madre establecen con él comportamientos comunicativos y se crean fantasías sobre el futuro bebé atribuyéndole significado como sujeto individual (Fernández Mateos, 2005).

Este vínculo afectivo es esencial para la continuidad, supervivencia y desarrollo una vez nace el bebé y va a capacitar a los padres para cuidar y realizar una crianza saludable. Existe evidencia de la relación entre las representaciones mentales maternas del apego y el tipo de apego que establecerá con su hijo, comprobadas al año de edad (Fonagy, 1991).

El vínculo afectivo también genera los siguientes beneficios para la gestación:

- favorece una adecuada relación de entendimiento padre-madre-hijo-fratría ya que el vínculo afectivo aumenta la sensibilidad hacia el entendimiento del otro;

- ayuda a la madre a soportar de manera positiva los problemas que pudieran surgir durante la gestación generando confianza en sí misma para el proceso;
- se reducen los miedos e inquietudes de la pareja durante el proceso, propiciándose una actitud realista de la maternidad y la paternidad, favoreciendo el aceptar al recién nacido tal como es;
- induce a la mujer durante el embarazo a desarrollar conductas de promoción de la salud física y psíquica tanto de ella como del niño, reduciendo el número de complicaciones físicas, emocionales y psicosociales (Fernández Mateos, op. cit).

Otros conocimientos que los padres deben interiorizar para procurar la crianza saludable del bebé se relacionan con la importancia de progresar en el vínculo afectivo y de satisfacer de forma adecuada las diferentes necesidades de éste.

Si el desarrollo afectivo es la base del desarrollo físico, social y cognitivo de un niño y este se inicia en la etapa prenatal, elaborar estrategias de atención educativa desde el nacimiento es básico para promover el desarrollo del vínculo. En esa relación de amor, seguridad, confianza, pertenencia, es donde el bebé establece el vínculo afectivo y se desarrolla. La madre ofrece al bebé esta contención porque se siente sostenida a su vez por el padre. El apego seguro es la piedra angular del desarrollo independiente (Andrés y Fernández, 2016).

La relación de los futuros padres con el bebé en la etapa prenatal ya permite detectar la patología parental durante el embarazo y puede incidir en la función parental y en la interacción con el bebé teniendo un impacto en el desarrollo del niño (Prego y Béjar 2015).

En definitiva, los futuros padres deben ser conscientes de las exigencias de la crianza, de la importancia de su papel en el desarrollo integral del niño y de la trascendencia de los primeros años de la vida, ejerciendo una “parentalidad positiva”.

5. La Formación en Educación Prenatal como Medida Preventiva

En el año 2005 la Comisión Europea señaló la necesidad de estrategias conjuntas destinadas a promover la salud mental de toda la población y a hacer frente mediante la prevención. Señala la necesidad de formación de los padres y en el ámbito educativo incidiendo en la prevención en los primeros años de vida desde el ámbito familiar (Libro verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental, 2005).

“La salud mental está muy determinada por los primeros años de vida, de ahí que su promoción en la infancia y en la adolescencia sea una inversión de futuro. Los hijos pueden desarrollarse mejor si existen medios para que los padres aprendan a ser padres. Un enfoque holístico de la escuela puede incrementar las competencias sociales, mejorar la resiliencia y reducir el acoso psicológico, la ansiedad y la depresión” (Libro Verde, p.32).

Elemento esencial de la educación prenatal es la formación de padres. De este modo, la formación de padres constituye una herramienta pertinente desde la Pedagogía en los distintos niveles educativos. La actitud maternal puede resultar obvia, pero en nuestra sociedad rara vez se habla de ella (Stern, 2006). El hecho de tener un hijo no hace expertos a los padres. Ya hemos señalado que el convertirse en padre y madre necesita tiempo, cuidado, sostén y acompañamiento.

La maternidad puede considerarse un proceso seguro, en términos de salud, sin embargo, en ocasiones se olvida que el proceso de paternidad y maternidad no se encuentra totalmente exento de riesgos y los problemas que pueden aparecer. Puede ser una etapa de alegría por la presencia del bebé, enriquecedora, fluida, llena de posibilidades y creatividad. O un periodo vulnerable, de fragilidad emocional y física en el que aparecen miedos, inseguridades, dudas relacionadas con el cuidado personal y el del bebé. Con frecuencia pueden alternarse en mayor o menor medida ambas vivencias.

Según se recoge en el interesante manifiesto *The 1001 Critical Days* (Leadsom et al., 2013), los padres y madres están especialmente receptivos a la información y el apoyo durante este periodo prenatal, calificado, junto con los dos primeros años de vida, de ventana de oportunidad crítica. Esta receptividad facilitará el aprovechamiento de la oferta de recursos para el común de los padres.

Los bebés tienen un periodo de dependencia con sus padres muy largo y necesario no sólo para satisfacer sus necesidades corporales sino también las emocionales. Winnicott (1965) señalaba: “un bebé solo, eso no existe; existe el bebé y alguien más”. Esta dependencia unida a las preocupaciones que supone la crianza de un niño conduce a veces a la búsqueda de consejos o información teórica.

Cuidar a los padres es cuidar también a la infancia y promover adultos en armonía consigo mismos (Cánovas, 2010).

5.1. Programas de educación prenatal

Los programas de educación prenatal tienen diferentes orientaciones y se ven condicionados por los objetivos que persiguen, por los profesionales que los realizan o por la población a la que se dirigen.

Desde el ámbito sanitario, hemos hecho referencia, a que la educación prenatal empieza con la formación e información previa a la planificación del embarazo que debería darse a conocer también desde el sistema educativo e incluirse en las programaciones académicas, así como en aquellos servicios médicos que informen sobre estados de salud e investiguen sobre posibles enfermedades hereditarias y vacunaciones, ya que pueden ser factores que inciden en el desarrollo del futuro bebé.

La educación prenatal tiene la finalidad de promover la salud de los progenitores y de sus descendientes. Tiene, desde esta perspectiva, un gran contenido de lo que sería la educación sanitaria, que abordaría la salud de los progenitores y de sus descendientes considerando que se encuentra condicionada por:

- los medios natural y social extrafamiliar;
- la bio-psicología de los progenitores y familiares;
- los estilos de vida de los progenitores y;
- los servicios de salud a los que tiene acceso.

5.1.1 Programas de educación maternal-paternal

Los programas de educación maternal-paternal (PEMP) aparecen señalados de forma explícita en el Sistema Nacional de Salud (SNS) (*Real Decreto 1030/2006*) como un servicio de dicho sistema, universal y gratuito. En ellos se incluye un conjunto de actividades que pretenden optimizar la 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 (Sanz, 2016).

Estos programas están encomendados fundamentalmente a las matronas de los centros de salud que han ido adaptando sus objetivos, prácticas y contenidos, recomendados por los diferentes documentos emitidos por el departamento de Sanidad como son, en especial, la Estrategia de atención al parto normal (2007), la

Estrategia de salud sexual y reproductiva (2011) y la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención, en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS (2013).

Sanz (2016) recoge los contenidos más comunes que suelen abordar los PEMP:

promoción de la vinculación con el futuro hijo, las pautas de vida saludable para la embarazada y su pareja y la información sobre las transformaciones que se van sucediendo en el niño por nacer y en la mujer; la promoción del vínculo afectivo y la mejor vivencia de la gestación; 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.

Señala también la variabilidad de estos PEMP en las distintas Comunidades Autónomas y cita a modo de buen ejemplo el *Programa de preparación a la maternidad y paternidad* del Gobierno de Cantabria (2010) que recoge como uno de los objetivos “contribuir a desarrollar modelos de maternidad y paternidad que fomenten la corresponsabilidad y la coeducación”, este es un aspecto relevante que se extiende más allá del embarazo y que influye en el proceso de crianza.

De las evaluaciones de estos programas se desprenden beneficios no sólo para la etapa de la gestación sino para la promoción de salud física y psíquica de la madre y el niño en el proceso de crianza (Fernández Mateos, 2005; Fernández y Fernández-Arroyo, 2012; Ortiz Villanueva, 2014). Sin embargo, limitar los beneficios de los PEMP al escenario único del ámbito sanitario sería menospreciar el valor del ámbito educativo. La primera educación es imborrable, entendiéndose por ello que la misma va a estructurar la personalidad del niño, su manera de ser en la vida (Dolto, 1994).

5.1.2. Programas de estimulación prenatal

La mayoría de los programas de educación prenatal constituyen auténticos programas de intervención que tratan de estimular el potencial de los niños durante la gestación hasta el nacimiento. No se trata de crear genios ni superdotados, sino de establecer las mejores condiciones para procurar el bienestar físico y emocional del niño por nacer.

Para ello, se han desarrollado diferentes programas educativos, técnicas y estrategias para utilizar durante la gestación, bien para llevar a cabo por profesionales o por la propia madre. Con su aplicación se pretende favorecer el desarrollo del sistema nervioso, la comunicación, los vínculos afectivos con la madre, el padre o ambos, en el mejor caso (Bahamón y Hernán, 2011).

También tratan de potenciar el desarrollo postnatal sensorial, físico y mental, para lo que utilizan técnicas auditivas, táctiles, visuales y motoras. A pesar de que alguno de estos programas de estimulación prenatal propone como objetivo más prioritario optimizar el desarrollo intelectual del futuro bebé (objetivo con el que no estamos de acuerdo), exigen una implicación por parte de los futuros padres, buscando conseguir un bienestar familiar (Lafuente, 2007).

En general, los programas para estimular el desarrollo prenatal, es a partir de los 5 meses de gestación cuando se proponen, como el Programa “Firststart” de Plaza Alonso; el Programa “Currículum Cardíaco” de Brent Logan (1991); el Programa “Comienzos vinculados” (“Bonded Beginnings”) de Sallenbach.

Dentro de estos programas, la utilización de la música está presente en muchos de ellos ya que parece disminuir las tensiones y el miedo de la futura mamá, facilitando su relajación, el contacto íntimo con el feto tratando de fortalecer el vínculo afectivo a través de los sentimientos, la comunicación y la interacción. También se usan sonidos rítmicos, parecidos al latido del corazón de la madre

o composiciones que tratan de reproducir la voz materna, tal como se escucha desde el útero, para aplicarlos en estimulación prenatal. Los resultados de algunos de estos programas señalan que un alto porcentaje de los bebés estimulados en el embarazo son más alegres, lloran menos y presentan menos problemas de alimentación o de sueño (Tomatis, 2001; Brent, 1995; Geuze, 2001).

El oído es el sentido más desarrollado antes del nacimiento y la respuesta del feto al sonido se produce a las 35 semanas. Los bebés en útero manifiestan interés y atienden a la voz de la madre provocando que se acelere su ritmo cardíaco. Este mismo estímulo musical, una vez que han nacido, les tranquiliza y relaja, reducen su frecuencia de latidos del corazón, lo que pone en evidencia la existencia de una cierta memoria prenatal. Los recién nacidos tienen memoria de estímulo vibroacústico al que se les sometió intraútero. Estos bebés se habitúan antes a un estímulo reiterado de estas características que los neonatos que no fueron sometidos a estimulación prenatal. Guardan memoria de esta capacidad, tanto durante la vida intrauterina, como en el período neonatal inmediato. (Súarez, 2005).

La madre puede estimular al feto presionando en el vientre con las manos, con masajes suaves en torno al quinto mes de embarazo. El ejercicio de la madre (ejercicios suaves, equilibrio, gimnasia de embarazadas) estimula al feto, sobre todo el sentido del equilibrio (Terré, 2005).

Se puede observar que los bebés pueden realizar movimientos corporales en el útero: patear, abrir y cerrar las manos, girar el cuerpo, fruncir el ceño o moverse para tratar de localizar la fuente de un estímulo sonoro o visual (Van de Carr y Lehrer, 1988).

Los paseos, ejercicio suave, por espacios cortos, sirven para estimular el sistema vestibular que controla el sentido del equilibrio y movimientos del cuerpo.

Del mismo modo, ante estímulos luminosos, pueden abrir o cerrar los ojos, dirigiéndolos en dirección a la fuente sonora o a la luz de una linterna (música, una fuente luminosa etc.) (Graven, 2004).

Alrededor de las 20 semanas el gusto puede estimularse ya que el feto puede deglutir el líquido amniótico lo que le permite percibir sabores por la concentración de sustancias en el torrente sanguíneo de la madre, que por la placenta llegan al torrente sanguíneo del bebé hasta sus capilares sanguíneos de su mucosa nasal (Cabouli, 2000).

Todos estos conocimientos sobre las respuestas del feto a diferentes estímulos parecen servir como base de algunos programas que, en nuestra opinión, si se aplican debe ser el marco de un programa pautado y con el conocimiento del personal que atiende a la mujer embarazada, médico o matrona.

5.2. Soltando hilo a la cometa de la educación prenatal

Queremos abordar otra cuestión de formación preventiva que podría sin duda ser muy extensa, pero, simplemente mencionaremos algunos aspectos. La OMS (2008) manifiesta que la mejora del estado de salud para la población está determinada por actividades de prevención y promoción. La educación influye en la salud y, sin embargo, desde nuestro punto de vista, hay temas de salud que son “muros de silencio” desde el contexto educativo.

El contexto escolar es un lugar donde se enseña, donde los jóvenes aprenden y ejercen sus responsabilidades, donde se valoran experiencias y saberes, donde se observan distintas culturas de crianza. Hemos tratado de transmitir que la educación prenatal protege, forma y educa a las siguientes generaciones. Así, nos preguntamos ¿la temática de la paternidad es un tema que se conversa y se orienta a nivel educacional?; el ámbito escolar, ¿puede

ser un nuevo escenario para generar y promover aprendizajes relacionados con la maternidad y paternidad que impacte en etapas posteriores?

Consideramos que no es una temática, o no está abordada y desarrollada en profundidad en el ámbito escolar (Hurtado, Cuadrado, Herrán, 2015).

Muchos autores sugieren la necesidad de la posible colaboración, desde el ámbito escolar, para apoyar procesos educativos que incidan en el aprendizaje de una educación prenatal. Nuestros centros escolares son lugares donde los adolescentes pasan gran parte del día, a veces más que con sus propias familias, por tal motivo nos parece oportuno generar líneas de acción que fomenten formación y conocimiento para poderse enfrentar, en un futuro, a la dura tarea de educar.

La paternidad y maternidad está condicionada por las pautas de interacción social y la sociedad en la que estamos inmersos propone nuevos desafíos y transformaciones para ese rol. Hay nuevas configuraciones familiares, nuevas formas de parentalidad, de esta manera los jóvenes construyen su propia concepción, es un proceso de construcción (interno y externo) que se inicia desde la infancia porque el estilo de educación que una familia proyecta sobre un ser no empieza cuando nace el niño, sino mucho antes de gestarse (Cánovas, 2010).

Actuar desde la educación y desde una dimensión formativa implica necesariamente pensar en los jóvenes que, desde su conciencia, podrían identificar sus miedos, sus valores, sus actitudes, sus expectativas, sus limitaciones, sus intereses, sus ignorancias sobre la educación de un niño.

Se espera que desde la escuela se construya estrategias innovadoras que motiven a los jóvenes. Tenemos un enorme reto pedagógico, contribuir a desarrollar modelos de maternidad y paternidad que influyan en los futuros procesos de crianza.

De esta manera, la educación prenatal se abre para pensar desde otra mirada, donde los jóvenes, futuros progenitores presenten un mayor compromiso emocional y afectivo en el desarrollo de sus futuros hijos.

Algunas de las posibles acciones para implementar en el contexto educativo:

- Generar espacios de diálogo, para conocer como los adolescentes construyen el significado de paternidad y que elementos contribuyen a dicha construcción.
- Trabajar la maternidad y paternidad y resignificar sus fantasías partiendo de sus preocupaciones, valores, actitudes y expectativas.
- Analizar las experiencias y representaciones de la paternidad, es decir su significado, qué lugar ocupa en sus proyectos de vida, cuales son las dificultades que enfrenta ese rol.

6. Conclusiones

La educación prenatal entendida desde un planteamiento integral está dirigida a promover el pleno desarrollo humano y se ha mostrado claramente beneficiosa. Es un tema de especial sensibilidad para la Pedagogía al estar relacionado con cómo se atiende y se transmite el principio de la vida desde la educación.

Pese a los avances tecnológicos y a las aportaciones que van surgiendo en este campo, la educación prenatal es un campo emergente que aún debe recorrer un largo camino en el que necesita los nuevos aportes de diferentes disciplinas (biología, psicología, neurociencia, pedagogía), sistemas, e intervenciones basadas en evidencias que permitan consolidar los logros alcanzados para abordar la problemática del desarrollo humano desde su concepción.

Los programas de educación prenatal deben estar basados en unos modelos o enfoques teóricos de actuación, en una investigación previa contrastada, que nos haga asumir y aplicar de forma reflexionada prácticas profesionales.

Los avances en este campo pueden suponer una fundamentación para las políticas, los programas y las acciones de atención integral y educación de la primera infancia, del mismo modo que sus aportaciones y evidencias van a permitir que muchas de las concepciones sobre lo que sucede en el cerebro humano en las primeras etapas de su desarrollo se modifiquen.

Conocer y profundizar en la educación prenatal permitirá mejorar las políticas de atención a la infancia y el abordaje de la reproducción y la crianza desde un planteamiento preventivo e interdisciplinar.

Incorporar y acompañar a las nuevas generaciones de jóvenes implica diseñar propuestas pedagógicas para encuadrar la tarea educativa sobre la maternidad y paternidad desde los centros escolares.

La Pedagogía Prenatal como instrumento para la formación de futuras familias es un reto para la mejora de la salud y la educación. Para quienes tienen la tarea de educar a jóvenes es un inmenso desafío y requiere una nueva mirada para la construcción de conocimientos, prácticas y actuaciones educativas que han de transmitirse, para que sean incorporadas en las nuevas generaciones de futuros padres

7. Referencias

- Abajo, S., Bermant C., Cuadrada, C., Galaman, C. y Soto, L. (2016). Ser madre hoy. Abordaje multidisciplinar de la maternidad desde una perspectiva de género. *Revista de investigación en mujer, salud y sociedad*, 1 (2), 20-34.

- Andrés Viloria, C. y Fernández González (2016). Las prácticas de crianza de los padres: su influencia en las nuevas problemáticas en la primera infancia. *Revista de Educación Inclusiva*, 9 (1), 30-42.
- Bahamón, N. y Hernán L. (2011). *Estimulación prenatal, temprana y adecuada*. Tomo 1. Bogotá D.C: Editorial Editores.
- Benarós, S. et al. (2010). Neurociencia y educación: hacia la construcción de puentes interactivos. *Revista de Neurología*, 50 (3), 179-186.
- Bowlby, J. (1993). *El vínculo afectivo*. Barcelona: Paidós.
- Brazelton, T. B. (1989). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona: Paidós.
- Brent, L. (1995). *Fetal Sonic Stimulation. The Royal College of General Practitioners Official Reference Book*. London: Sterling Publications Limited.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Buenos Aires: Paidós.
- Bydłowski, M. (2007). *La deuda de vida*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Campos Castelló, J. (2005). Anatomía del sistema nervioso. En P. Gútierez Cuevas (Coord.), *Atención temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones* (pp. 65-83). Madrid: Ed. Complutense.
- Cánovas Sau, G. (2010). *El oficio de ser madre. La construcción de la maternidad*. Barcelona: Paidós.
- Casado, D. y Sanz, M. J. (2016). *Embarazo y parto saludables. Conocimiento y recursos disponibles, y propuestas de mejora*. Madrid: Polibea.
- Cabouli, J. L. (2000). *La vida antes de nacer*. Buenos Aires: Continente.
- Comisión de las Comunidades Europeas (2005). *Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Bruselas: Comisión de

las Comunidades Europeas. Recuperado de http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf

- Conger, J. J. (1977). Parent-child relationships, social change and adolescent vulnerability. *Journal of Pediatric Psychology* (2), 93-97.
- Dolto, F. (1994). *¿Tiene el niño derecho a saberlo todo? Nuevas ideas para una comunicación más fructífera y sincera con sus hijos*. Barcelona: Paidós.
- Chamberlain (2009). *La conciencia del bebé antes de nacer*. México: Pax México.
- 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 y Fernández-Arroyo, M. (2017). Los programas de educación maternal y el empoderamiento de las mujeres. *Musas, Revistes Científiques de la Universitat de Barcelona*, 2 (1), 3-20. DOI: 10.1344/musas2017.vol2.num1.1. Descargado el día 17 de febrero de 2017, <http://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/issue/view/1450>
- Fernández Mateos, L. M. (2005). *El vínculo afectivo con el niño por nacer*. Salamanca: 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), 891-905.
- Geuze, G. (2001). *Estimula a tu bebé*. Buenos Aires: Atlántida.
- García-Benítez, M. R. et al. (2012). *Prevención de defectos congénitos. Vacunas durante el embarazo*. Recuperado de <http://www.fundacion1000.es/IMG/pdf/34-12-Propositus-Vacunas-F.pdf>

- Gobierno de Cantabria (2010). *Programa de preparación para la maternidad y paternidad*. Recuperado de <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/ProgramaPreparacionMaternidad>
- Graven S. N. (2004). Early neurosensory visual development of the fetus and newborn. *Clinics in Perinatology* (31), 199-216.
- Hernández-Muela, S., Mulas, F., Mattos, L. (2004). Plasticidad neuronal funcional. *Revista de Neurología* (38), 58-68.
- Hoekzema, E. et al. (2016). Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nature Neuroscience*. doi:10.1038/nn.4458. Recuperado de <http://www.nature.com/neuro/journal/vaop/ncurrent/full/nn.4458.htm>
- Hurtado, M., Cuadrado, S., y Herrán, A. (2015). ¿Hacia una pedagogía prenatal? Una propuesta educativa, *Revista Iberoamericana de Educación*, 67 (1), 151-168. Recuperado de www.rieoei.org/deloslectores/6809Hurtado.pdf
- Jáñez, M. (2010). Prevención obstétrica de las deficiencias: Asistencia preconcepcional y asistencia al embarazo normal, en Prevención de deficiencias, *Observatorio de la Discapacidad* 157-234. Recuperado de <http://observatoriodeladiscapacidad.info/attachments/article/17/Prevenci%C3%B3n%20de%20deficiencias.pdf>
- Lafuente, M. J. (2010). *Vinculaciones afectivas*. Madrid: Pirámide.
- Lafuente Benaches, M. J. (2007). Intervención prenatal. En A. Gómez, P. Viguer y M. J. Cantero (Coords.), *Intervención temprana. Desarrollo óptimo de 0 a 6 años* (pp.73-100). Madrid: Pirámide.
- Leadsom, A. et al. (2013). *1001 Critical Days: The importance of the conception to age two period*. Recuperado de http://www.1001criticaldays.co.uk/the_manifesto.php
- Logan, B. (1991). Infant outcomes of a prenatal stimulation pilot study. *Pre and Peri-Natal Psychology*, 6 (1), 7-31.

- Martínez-Fernández, M. L y Bermejo Sánchez, E. (2012). *Prevención primaria de defectos congénitos. ¿Qué significa planificar el embarazo?* Recuperado de http://www.fundacion1000.es/IMG/pdf/33-12-Propositus_Planificacion_Embar-f.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia de atención al parto normal*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011). *Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *Estrategia de promoción de la salud y prevención en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
- Murphy, L. B. (1944). Childhood experience in relation to personality development. In J. Hunt (Ed.), *Personality and behavior disorders*, 2 (pp. 652-690). New York: Ronald Press.
- Ortiz Alonso, T. (2011). *Neurociencia y educación*. Madrid: Alianza Editorial.
- 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. Recuperado de <http://www.dspace.uha.es/dspace/tesis%20Mª%20Lourdes%20Ortiz.pdf>
- Papalia, D. E., Olds, S. W. y Feldman, R. S. (2001). *Desarrollo humano*. Bogotá: McGraw Hill.
- Pérez de Villar, M^a. P. (2005). El desarrollo del nacimiento al final de la primera infancia. En P. Gútiez Cuevas (Coord.), *Atención temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones* (pp. 135-188). Madrid: Ed. Complutense.

- Prego Dorca, R. y Béjar Trancón. A. (2015). La interacción entre el bebé y sus padres. En *Asociación Española de Neuropsiquiatría, Psiquiatría perinatal y del niño de 0 a 3 años* (pp. 47-63). Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente y Asociación Española de neuropsiquiatría.
- 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.
- Rojas Valenciano, L. (2010). *La educación prenatal: una mirada desde la educación para la salud*. Recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/3643>
- Sanz, M. J. (2016). Los programas de educación maternal-paternal en el Sistema Nacional de Salud. *Polibea* (121), 19-22.
- Suárez Hernández, N. (2005). *Habitación fetal a la estimulación vibroacústica reiterada*. Ciencias y Tecnología Soportes Audiovisuales e Informáticos. Serie Tesis Doctorales Universidad de La Laguna.
- Stern, D.N. (2006). *El nacimiento de una madre*. Barcelona: Paidós.
- Terré, O. (2005). *Técnicas para la estimulación sensorial de madres embarazadas y niños en edad temprana*. Manual práctico. Bolivia: Formas.
- Tomatis, A. (2001). *Nueve meses en el paraíso: Historias de la vida prenatal*. España: Biblaria.
- Van de Carr, F. R. y Lehrer, M. (1988). Prenatal University: Commitment to fetal family bonding and the strengthening of the family unit as an educational institution. *Pre- & Perinatal Psychology Journal* 3 (2), 87-102.
- Verny, T. y Weintraub, P. (1992). *El vínculo afectivo con el niño que va a nacer*. Barcelona: Urano.
- Vincent J. D. (1995). *Ethics and neurosciences*. Paris: Unesco.
- Winnicott, D. W. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Barcelona: Paidós.

UNA MIRADA INTERDISCIPLINAR PARA LA EDUCACIÓN PRENATAL: CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA, ESCUELAS INFANTILES Y FAMILIAS

Resumen

1. Introducción
2. Necesidades y conceptualización del (futuro) niño o niña
3. Recursos y capacidades de las figuras parentales. Posibilidades que ofrece el entorno
4. Interconexión de entornos comunitarios primarios: centros de atención primaria y escuelas infantiles
 - 4.1. Centros de atención primaria
 - 4.2. Escuelas infantiles
5. Conclusiones
6. Referencias

UNA MIRADA INTERDISCIPLINAR PARA LA EDUCACIÓN PRENATAL: CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA, ESCUELAS INFANTILES Y FAMILIAS

María Pilar Rodrigo Moriche

Resumen

Este capítulo trata de contribuir a un despertar de conciencia y atención académica sobre la Educación prenatal, con el fin de dotarle de un mayor tratamiento epistemológico, curricular, y pragmático. Este estudio se suma al esfuerzo de encontrar nuevas líneas argumentales para contestar a la siguiente pregunta: ¿es procedente educar en una responsabilidad parental que contribuya al desarrollo integral del niño desde antes de su nacimiento y en su periodo perinatal? ¿es posible conectar los principales entornos que le afectan? Se ahonda en la necesidad de coordinar a los agentes que intervienen en la acción educativa en los primeros momentos del nacimiento del ser humano en pro de lograr una máxima acción educativa desde un enfoque integrador e interdisciplinar. A partir de este enfoque se pretende enriquecer la perspectiva prenatal partiendo de un planteamiento didáctico y pedagógico fundamentado en la concepción del niño desde el respeto intergeneracional, y la conexión de una parentalidad positiva con aquellos entornos donde interaccionan familias y niños por primera vez, nos referimos a los centros de atención primaria y las escuelas infantiles.

Palabras clave

Educación prenatal, parentalidad positiva, educación familiar, respeto intergeneracional.

1. Introducción

Cualquier familia, independientemente de su estructura, establece un modelo de crianza sustentado en las competencias parentales adquiridas de una manera implícita; sus cimientos se forman en la vida intrauterina (Barudy & Dantagnan, 2010).

Una competencia parental adecuada desde el periodo prenatal y durante la fase de crianza se construye a partir de: las necesidades de los (futuros) niños y niñas, recursos y capacidades de las figuras parentales¹, las posibilidades de las personas implicadas en el proceso, y los recursos que la comunidad ofrece (Barudy, 2014). La relación entre ellos se ajusta según las necesidades que se requieran en cada momento, adecuándose a las nuevas situaciones que se establecen (llegada de un nuevo miembro a la familia, inicio en escuela infantil, incorporación laboral, problema de salud...).

Bronfenbrenner (1987), desde una perspectiva ecológica-sistémica, sostiene que la interacción entre los entornos (hogar, escuela, trabajo, centro de atención primaria...) favorece el funcionamiento como contexto de una manera más eficaz; esas interconexiones incluyen la participación conjunta, la comunicación y el intercambio de información.

A partir de este prisma se pretende incidir en la necesidad de ofrecer a las familias una Educación prenatal y perinatal, que pueda beneficiar al bebé desde sus primeros momentos. Se busca proyectar una mirada interdisciplinar a través de contenidos concretos que se aborden desde diferentes entornos interconectados, para facilitar la construcción de las competencias parentales que requieren las familias.

En la línea de autores como De la Herrán (2015) apostamos por favorecer entornos familiares adaptados a las necesidades y carencias existentes en el período prenatal, por los beneficios que

¹ Utilizamos el término "figura parental" para referirnos al padre, la madre o cualquier otra persona que se ocupe del cuidado y educación de los hijos e hijas.

aportan estos periodos en la vida del ser y de su sociedad. De este modo, se pone de relieve la necesidad de conectar los primeros entornos a los que un núcleo familiar accede, y que se establecen como centros neurálgicos en la construcción de las incipientes competencias parentales. Los entornos a los que nos referimos son los centros de atención primaria, y las escuelas infantiles.

2. Necesidades y Conceptualización del (Futuro)

Niño o Niña

Desde el momento en que la gestación aparece, la memoria fetal registra sensaciones y emociones, aunque sin recuerdos (Barudy, 2014).

Cualquier ser humano desde que es engendrado, ha de ser percibido como un ser libre y con igual derecho y dignidad a cualquier otro (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948) que pertenezca a otra generación (niña, joven, adulto...). Se hace necesario adoptar un enfoque de respeto intergeneracional (UNICEF, 2016) donde se proporcione a los futuros “creadores de familias”, estrategias psicopedagógicas para afianzar y potenciar este respeto desde el vientre materno, y educarse desde una Pedagogía prenatal.

Nos referimos a un ser diferente a sus figuras parentales, capaz de expresar sus sentimientos y emociones a través de una lengua natural de expresión, mediante la que establece un canal de comunicación con su entorno. Ahora bien, dependerá del desarrollo de las competencias parentales y de los profesionales implicados en el proceso para que en mayor o menor medida el ser concebido pueda disfrutar de sus derechos de protección, acceso a los servicios y participación como ser humano.

Desde la neurociencia, las fases gestacional, perinatal y la primera infancia se consideran periodos sensibles para la evolución y desarrollo cerebral ya que son determinantes para favorecer la

estimulación y la evolución óptima de los niños (Echenique & Fermín, 2011). La nutrición, la salud, y la estimulación temprana resultan relevantes para la adquisición de habilidades neuronales que aporten un crecimiento equilibrado físico y emocional.

Tomamos como referencia la Convención de los Derechos del Niño (1989) para preservar el interés superior del niño, donde la familia se instaura como el medio natural para asegurar la protección, el cuidado y el bienestar de los niños desde el período prenatal. Este derecho está condicionado por cómo se asuman los cuidados y la protección, los vínculos afectivos, las necesidades fisiológicas, la estabilidad del entorno, la valoración y el respeto como seres independientes, además de cómo potencien sus cualidades las figuras parentales.

Las familias se constituyen como núcleos moleculares de primer orden donde los bebés tienen una total dependencia de los cuidados de los adultos para mantenerse con vida, y requieren desde su vida intrauterina, que sus familias desarrollen capacidades parentales que minimicen los obstáculos y potencien las oportunidades del ambiente.

Tal y como señala Moreno (2010) la finalidad de las políticas de parentalidad positiva es conciliar los derechos, responsabilidades, necesidades y deberes de los padres con las necesidades e intereses de los niños.

3. Recursos y Capacidades de las Figuras Parentales. Posibilidades que Ofrece el Entorno

Las transiciones ecológicas que se producen a lo largo de la vida familiar reflejan un cambio de rol o de entorno, y requieren de una adaptación para responder a estos cambios (Bronfenbrenner, 1987).

Desde el momento en el que se gesta la intencionalidad de ser padres/madres y hasta que se produce el nacimiento del bebé, hay una transición hacia el rol parental, que requiere de la búsqueda de estrategias tanto personales como de pareja, y familiares para el cuidado, la crianza y la educación de los hijos e hijas. Para la construcción de este rol influyen las capacidades innatas de las personas según sus vivencias y las posibilidades que aporta el entorno.

Cuando se dan las condiciones adecuadas, la familia puede contribuir al desarrollo integral de todos sus miembros a lo largo de su desarrollo biológico y evolutivo (Martínez, 2009). La familia tiene por lo tanto dos funciones que coexisten paralelamente: una función educativa, perspectiva micro, donde se contribuye al desarrollo humano y personal de todos sus componentes (Martínez, 1996); y una función socializadora, con perspectiva macro, en la que se establece una dimensión pública en la que contribuye a la formación de los ciudadanos, manteniendo la estructura, la cohesión y la convivencia social, y orientada a afrontar los grandes retos sociales (Bernal, 2005).

En las familias primerizas se establecen planes futuros a través de un análisis de sus situaciones de partida. Según Gornick y Meyers (2006) esta planificación se realiza desde tres esferas: individual, de pareja y en el contexto institucional, atendiendo al contexto y su situación concreta. Se presentan a continuación sus características principales:

- a. A nivel de individuo se presenta el contexto más inmediato e influyen sus experiencias culturales y socializadoras. Desde que hay una intencionalidad de tener un hijo, se comienzan a construir los roles maternal y paternal, que se fundamentan en perspectivas más tradicionales o por el contrario, responde a modelos más equitativos.

La figura materna se plantea cuáles son sus preferencias sobre cómo cuidar (ej. lactancia materna: sí o no), las posibilidades de apoyo en caso de contingencias, y la disponibilidad de la figura paterna para compartir los cuidados; en el caso del rol paternal, se debaten entre un rol de cuidador con un papel secundario, o un rol de doble cuidador donde se involucran tanto como la madre (González & Jurado, 2015).

En el año 2012, según una encuesta del CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas) el 79% de la población entre 25 y 34 años consideraban que una familia ideal respondía a una equidad entre los dos miembros de la pareja en lo relacionado con el ámbito laboral, del hogar y parental. Pero la realidad dista de esos estándares, existiendo desigualdades. Por un lado, las mujeres han intensificado su trabajo tanto en el ámbito doméstico como en el mercado de trabajo (Gálvez, 2013), lo que refuerza los estereotipos tradicionales. A esto hay que añadir que las políticas sociales continúan favoreciendo el modelo de varón sustentador al limitar los permisos individuales de los padres para poder cuidar de sus hijos (Ciccia & Verloo, 2012); y que las políticas de conciliación de las empresas aún conciben el cuidado como una responsabilidad casi en exclusiva de las madres (López-Ibor, Mangas, Cornejo & Vadillo, 2010).

- b. En los contextos de pareja, aquellas díadas que desean tener un hijo toman sus decisiones familiares en torno a sus ideales de maternidad/paternidad, valor de su rol de género, las posibilidades de apoyo por las personas de su entorno, el nivel de renta, las ayudas económicas, la incorporación a escuelas infantiles, la negociación y toma de decisión conjunta, el posicionamiento laboral...

En la actualidad prolifera el modelo familiar de dos ingresos (González & Jurado, 2015) que responde a la recesión económica y las necesidades de conciliación laboral y familiar. Se caracteriza por la escasez de tiempo, lo que conlleva a la crisis de los cuidados, es decir, la puesta en evidencia y agudización de las dificultades de amplios sectores de la población para cuidarse, cuidar o ser cuidados (Ezquerro, 2012).

- c. El contexto institucional, en el marco de las políticas públicas, muestra su influencia en la medida en la que aporte más o menos incentivos, ofrezca más o menos oportunidades, facilite servicios o tiempos, y/o establezca determinadas referencias de tipo cultural en el proceso de construcción parental (Bettio & Plantenga, 2004; Risman citado en Abril et. al. 2013).

La Carta Social Europea (1961) - ratificada por España en 1980- formula en su artículo 16 que “la familia, como unidad básica fundamental de la sociedad, tiene derecho a recibir apoyo y protección social, legal y económica para asegurar todo su potencial de desarrollo”.

En el año 2006, la recomendación del Consejo de Europa sobre políticas de apoyo a la parentalidad positiva, promueve en Europa las actuales políticas de parentalidad que pretenden generar las condiciones que permitan construir una parentalidad positiva. Se fundamenta en el interés superior del niño, sus cuidados y el desarrollo de sus capacidades. Tiene por finalidad que los Estados reconozcan la importancia de la responsabilidad parental y la necesidad de que los padres tengan suficientes apoyos para cumplir con sus responsabilidades en la educación de sus

hijos, entendidos estos como miembros valiosos de la sociedad por lo que son en cada fase de su desarrollo, no por lo que llegarán a ser. Esta recomendación recoge el término de parentalidad positiva para referirse al comportamiento de los padres o tutores legales fundamentado en el interés superior del niño.

Según Save de Children (2013) las políticas sociales de apoyo a las familias, deben perseguir el respeto de los derechos de los niños, la promoción de la parentalidad positiva, la conciliación de la vida familiar y laboral, y la corresponsabilidad adecuándose a los nuevos modelos de familia.

Entendemos por lo tanto que la parentalidad positiva es la fórmula idónea para salvaguardar los derechos de la infancia, garantizar el bienestar de los niños y las niñas y asegurar su protección.

Las áreas competenciales en la parentalidad positiva según Rodrigo, Máiquez, Martín y Byrne (2008) son: la educativa, la agencia parental, la autonomía personal, búsqueda de apoyo social, y desarrollo personal. Todas ellas se desarrollan desde diferentes ámbitos (educativo, sanitario, político, de ocio...) pero pocas veces conectan entre ellas para ofrecer una mirada más integradora. Por ejemplo, desde la Organización Mundial de la Salud se recomienda la lactancia materna como la opción más saludable para el niño y niña, sin embargo, no se abordan los procesos de transición, o el apego inseguro que se puede generar, cuando un bebé se tiene que incorporar a las 16 semanas en una escuela infantil.

En el siguiente apartado se mostrarán dos de los entornos más cercanos a las familias con la intencionalidad de mostrar posibilidades para la construcción de una tríada de entornos.

4. Interconexión de entornos comunitarios primarios: centros de atención primaria y escuelas infantiles

Las figuras parentales necesitan información, orientación y reflexión sobre el modelo educativo familiar para poder desarrollar adecuadamente su tarea educadora.

Las recomendaciones europeas, en esta línea, ofrecen orientaciones sobre el papel esencial que desarrollan las figuras parentales que, para desarrollarse de manera adecuada y positiva, requieren de acciones dirigidas a canalizar sus necesidades y demandas. Del mismo modo, recogen el papel de los profesionales que trabajan con las familias y los menores, a quienes orienta a colaborar entre ellos tanto a nivel multiprofesional, como entre los profesionales y las familias.

El Consejo de Europa recomienda que estas actuaciones parentales positivas se promuevan y apoyen institucionalmente a través de servicios y programas educativos que tengan en cuenta las necesidades específicas de las familias, y las apoyen en el ejercicio positivo de su rol parental, con la intencionalidad de reducir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección (Martínez, 2008), además de asegurar el respeto intergeneracional dentro del propio sistema familiar.

Por todo ello, la educación prenatal además de ver justificada su utilidad y función, ofrece aquí un argumento adicional, concibiéndose como una cuestión de responsabilidad pública por parte del Estado, como acto de responder a los marcos legislativos que amparan a la primera infancia y a sus familias desde los primeros momentos de la vida familiar.

Gútiez (2016) explica cómo desde la gestación hasta los primeros años, el ser humano pasa por momentos cruciales que luego determinarán su posterior desarrollo. Señala también la

misma autora cómo los avances en el conocimiento que investigan el desarrollo humano y el sistema nervioso han sido una valiosa aportación para el ámbito educativo, contribuyendo a dotar de importancia a la etapa prenatal, perinatal y los primeros años de vida. Pérez del Villar mencionado por la anterior autora, destaca cómo la actuación en la etapa gestacional y primeros momentos de la vida del niño no tiene comparación con ninguna otra, pues en ella se sientan las bases de un ulterior desarrollo, existiendo factores psíquicos, sociales y biológicos que inciden considerablemente.

Desde un enfoque prenatal, los entornos donde las familias intervienen debieran estructurarse y conectarse para, a través de una perspectiva didáctica y pedagógica, permitieran orientar a todos los profesionales que interactúan durante el mismo período, y favorecer de este modo el interés superior del niño, y orientar a las familias hacia una parentalidad positiva.

A continuación vamos a establecer conexión entre los centros de atención primaria y las escuelas infantiles, entornos comunitarios donde las familias se desenvuelven en el periodo prenatal y perinatal.

4.1. Centros de atención primaria

Los centros de atención primaria, a través de la matrona, regentan los programas de educación maternal en la etapa prenatal, con la intencionalidad de ofrecer de manera básica una herramienta de promoción de la salud y prevención de las enfermedades a las madres y al neonato (Sánchez, Luna & Mata, 2016). Estos programas surgen en Europa a partir del siglo XX con la pretensión de disminuir el dolor en los partos, y cubrir las necesidades de la embarazada y su familia; su eficacia y aceptación hizo que se extendieran y evolucionaran hasta los programas que hay hoy en día (Fernández, Muñoz & Torres, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en pro de lograr los Objetivos del Desarrollo del Milenio 4 y 5 - reducir la mortalidad infantil, y mejorar la salud materna, respectivamente - considera esencial el empoderamiento de las personas para fortalecer tanto sus habilidades y capacidades, como las de sus comunidades, para que desarrollen condiciones y estilos de vida saludables y seguros. Además de este empoderamiento, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, señala entre sus líneas estratégicas la intersectorialidad en salud, como eje transversal en las políticas públicas a nivel estatal, autonómico y local; y la participación y acción comunitaria, con la intencionalidad de establecer prioridades, toma de decisiones, y la elaboración y puesta en marcha de estrategias para proteger y favorecer su salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

Los programas de educación maternal son la principal estrategia sanitaria para desarrollar el empoderamiento en el ámbito de la salud maternoinfantil. En el año 1995 el INSALUD proporcionó una guía básica centrada en aspectos como el desarrollo embrionario, el aparato reproductor humano, la nutrición en el embarazo, identificar signos y síntomas normales y de riesgo en el embarazo...; estos contenidos se han ido actualizando a lo largo del tiempo, adaptándose a los cambios en los estilos de vida (reestructuración familiar, reincorporación laboral de la madre, papel del padre, nuevos modelos de crianza...) convirtiéndose así en programas dinámicos (Sánchez, Luna & Mata, 2016), y en algunas comunidades autónomas como Andalucía renombrando el programa como guía de preparación al nacimiento y crianza.

Fernández, Muñoz y Torres (2014) señalan que los profesionales que colaboran en la impartición del programa son exclusivamente del ámbito sanitario como enfermeros, médicos, o asistentes sociales; no obstante, la adecuación a la realidad de las familias exige a estos profesionales mayores conocimientos acerca de orientación pedagógica y un asesoramiento individualizado.

La evolución de los programas de Educación Maternal apunta hacia una nueva construcción desde el enfoque sanitario y educativo que ofrezca de manera integral la información y orientación que requieren las familias.

4.2. Escuelas infantiles²

La escuela ha de proyectar toda su potencia formativa en la comunidad local, corresponsabilizándose de los problemas comunes y de sus posibles soluciones (Subirats en Feito & Rodrigo, 2007).

Una vez que se han agotado los permisos parentales, no se dispone de una red de apoyo familiar o informal, y/o las condiciones económicas, sociales y laborales no son favorables aparecen las escuelas infantiles como apoyo básico para la conciliación de la vida familiar y laboral donde la pedagogía se muestra de forma temprana, y sus educadores son interlocutores clave para satisfacer las inquietudes educativas de las familias. Estos profesionales se sitúan en un lugar privilegiado para ser guías pedagógicos en la enseñanza de contenidos de Educación prenatal .

Las tasas netas de escolaridad en centros autorizados por la administración educativa correspondientes al primer ciclo de educación infantil (de 0 a 2 años) se han elevado significativamente en los últimos años (tabla 1).

A partir de la perspectiva inclusiva del período prenatal en la educación infantil presentada por De la Herrán (2015), y apoyándonos en las cifras de la escolarización infantil señalados, consideramos la posibilidad pedagógica que tienen las escuelas infantiles 0-3 de ampliar el periodo formativo a futuras familias, y de colaborar con otros profesionales de la Educación prenatal desde dentro de la escuela.

² Aunque es común utilizar el término “guardería” para referenciar a las “escuelas o centros de educación infantil”, en este capítulo, se ha optado por el término oficial “escuela infantil” que establece la comunidad educativa entendido como entorno pedagógico hasta los seis años.

Tabla 1: Tasas netas de escolarización en educación infantil por edad y curso

	Menos de 1 año	1 año	2 años	3 años
2010	8,6	29	48,1	96,6
2011	9,7	31,8	49,8	95,2
2012	9,8	32,6	51,8	95,8
2013	10	34,1	52,1	95,9

Fuente: Las cifras de la educación en España. Estadísticas e indicadores. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Movimientos de renovación pedagógica apuntan hacia escuelas democráticas donde la colaboración con las familias y la inserción con la comunidad se considera indispensable (Feito & Rodrigo, 2007).

Desde la Declaración de “Carta de Ciudades Educadoras”, los municipios, son conscientes de su función educativa, planifican actividades para potenciar sus recursos en beneficio de la educación de todos sus ciudadanos como actores protagonistas de la educación, de este modo, escuela y agentes formativos deben corresponsabilizarse de los problemas comunes y de sus posibles soluciones (Feito & Rodrigo, 2007).

Cuando se incorpora un bebé en la escuela, el centro debe atender a los padres, conocerlos, saber por qué escolarizan al niño y, sobretodo, darles confianza. “Si los padres confían en el centro y en las personas que atenderán a su hijo o hija, el pequeño estará tranquilo y feliz durante la escolarización” (Arnaiz, 2016).

Conceptos como partnership (Epstein, 2011) o parent involvement (Shumow, 2009), hacen mención a la responsabilidad compartida entre familia, escuela y comunidad, que se prolonga a

lo largo de toda la vida del niño y a través de múltiples acciones, planes y recursos dentro y fuera de la escuela, señalando la confianza como el elemento crítico de la relación. Se refieren a aspectos como la crianza de los hijos, las relaciones hogar-escuela y la responsabilidad ante los resultados de aprendizaje.

La participación de las familias en los procesos educativos de sus hijos es una competencia que requiere ejercitarse y adecuarse a los diferentes momentos evolutivos del niño (Reparaz y Naval, 2014). Diversos autores (Bronfenbrenner, 1979; Epstein, 2011; Grant & Ray, 2013; Martínez, 1992; Martínez et al., 2000; Sarramona, 2004) correlacionan de manera positiva la participación de las familias, la evolución de los alumnos y la calidad educativa de las escuelas, en todas las etapas educativas. Grant y Ray (2013) añaden que, en este proceso participativo, obtienen beneficios tanto padres como escuela. Los primeros en el desarrollo de actitudes positivas, responsabilidad con la escuela, y mayor satisfacción con los profesores y el centro; los segundos, al ver facilitada su tarea, y lograr mayores resultados de aprendizaje.

Esta perspectiva nos conduce a afirmar que la participación de las familias en el periodo prenatal puede del mismo modo aportar beneficios en el desarrollo del futuro niño, además de reforzar la comunicación con la escuela aumentando los niveles de motivación y confianza por ambas partes.

Tras un estudio realizado por Rodrigo y Vallejo (2017), se constata que los profesionales de educación infantil tienen una percepción unánime sobre la necesidad de la inclusión de una Educación prenatal con perspectiva interdisciplinar (incluye centros de atención primaria y escuelas infantiles), donde los futuros padres/madres o tutores legales son claros destinatarios potenciales de este tipo de educación.

5. Conclusiones

Como señalan Pascual et al. (2016) sería conveniente crear acciones con la participación de todos los profesionales implicados en el entorno familiar constituyéndose así unos programas abiertos, dinámicos, con diferentes opciones según la población a la que va dirigido, los profesionales implicados y el contexto. De este modo, se consolida cada vez más la idea de establecer una Pedagogía prenatal que oriente a las futuras familias en el rol que van a comenzar a desempeñar y que modificará sustancialmente sus percepciones tanto individuales como grupales, con una orientación informativa y formativa (Hurtado, Cuadrado & Herrán, 2015) así como conscientemente dirigida (Domínguez Pino en Hurtado, Cuadrado & Herrán, 2015).

Las ventajas que aportaría estarían relacionadas con el aumento del potencial evolutivo mediante una confianza mutua, una orientación positiva, el consenso de metas entre entornos, y un creciente equilibrio de poderes.

Se recomienda desde un enfoque ecológico (Bronfenbrenner, 1987) construir un mesosistema entre familia, centros de atención primaria y escuelas infantiles donde se favorezcan los primeros momentos a través de información, consejos y experiencias que coadyuven a la transición hacia la vida familiar; una vez dentro del entorno, es necesario aportar informaciones válidas, consejos y experiencias actualizados; y, por último, la creación de una red de actividad y de contacto, que permita interactuar en base a las necesidades de cada uno de los entornos y de los individuos.

6. Referencias

- Abril, P., Amigot, P., Botía, C., Domínguez, M., González, M. J., Jurado, T. Séiz, M. (2013). ¿Qué es lo mejor para el niño? Planes de cuidado en parejas primerizas. *Revista Española de Investigación Sociológica* (150), pp. 3-22. doi: 10.5477/cis/reis.150.3
- Arnaiz, V. (2016). *Quien nos enseña a ser padres son nuestros propios hijos* [Entrevista en un blog]. Recuperado de <http://blog.tiching.com/vicens-arnaiz-quien-nos-ensena-a-ser-padres-son-nuestros-proprios-hijos/>
- Barudy, J., Dantagnan, M., Comas, E. & Vergara, M. (2014). *La inteligencia maternal. Manual para apoyar la crianza bien tratante y promover la resiliencia de madres y padres*. Barcelona: Gedisa.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre y padre. Manual para la evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona: Gedisa.
- Bernal, A. (2005). *La familia como ámbito educativo*. Madrid: Rialp
- Bettio, F. & Plantenga, J. (2004). *Comparing care regimes in Europe Feminist Economics*, 10 (1), pp. 85-113. Recuperado de <http://www.csus.edu/indiv/c/chalmersk/econ184sp09/comparingcareregimesineurope.pdf>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Ciccía, R. & Verloo, M. (2012). Parental leave regulations and the persistence of the male breadwinner model: Using fuzzy-set ideal type analysis to assess gender equality in an enlarged Europe. *Journal of European Social Policy*, 22 (5), 507-528.
- CIS (2012). *Conocimiento sobre la realidad sociopolítica y económica, estudio del Centro de Investigaciones Sociológicas, nº 2973, diciembre*. Recuperado de http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2960_2979/2973/Es2973Bmar.pdf

- Consejo de Europa (1961). *Carta Social Europea, de 18 de octubre de 1961*. Recuperado de <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1934>
- Consejo de Europa (2006). *Recomendación Rec (2006) 19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo a la parentalidad positiva*. Recuperado de <https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/parentalidadPos2012/docs/informeRecomendacion.pdf>
- Echenique, A. T. y Fermín, M. (2011). Atención pedagógica para la etapa maternal: una revisión del proceso de formación de educadores infantiles. [Versión electrónica]. *Revista de Investigación*, 35 (72), 143-165.
- Epstein, J. L. (2011). *School, Family and Community Partnership. Preparing Educators and Improving Schools*. Philadelphia. WESTVIEW Press.
- Ezquerro, S. (2012). Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real. *Investigaciones feministas* (2), 175-194. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/viewFile/38610/37335>
- Feito, R. & Rodrigo, J. (coord.). Proyecto Atlántida. Las Escuelas Democráticas. Redes educativas para la construcción de la ciudadanía. Madrid: Autor. Recuperado de <http://www.proyectoatlantida.eu/wordpress/wp-content/uploads/2015/01/Escuelas-Democr%C3%Arficas.pdf>
- Fernández, M., Muñoz, I. & Torres, J. (2014). Características de los programas de educación maternal de atención primaria de la Comunidad de Madrid (España) y de sus asistentes. *Matronas profesión* 15 (1), 20-26. Recuperado de <http://www.federacionmatronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/17104/173/caracteristicas-de-los-programas-de-educacion-maternal-de-atencion-primaria-de-la-comunidad-de-madrid-espana-y-de-sus-as>

- Gálvez, L. (2013). Una lectura feminista del austericidio. *Revista de economía crítica* (15), 80-110.
- González, M. J. & Jurado Guerrero, T. (2015). *Padres y madres corresponsables. Una utopía real*. Madrid: Catarata.
- Gornick, J. C. & Meyers, M. K. (2003). *Families that work-Policies for reconciling parenthood and employment*. Nueva York: Rusell Sage Foundation.
- Grant, B. K. y Ray, J. A. (2013). *Home, School, and Community Collaboration*. London: Sage.
- Gútiez, P. (2016). Neurociencia y Educación prenatal: nuevas contribuciones. [Versión electrónica]. *Apuntes de pedagogía* (260), 4-16.
- Herrán, A. de la (2015). Educación prenatal y Pedagogía prenatal. *Revista Iberoamericana de educación*, 69 (1), pp. 47-76. Recuperado de www.rieoei.org/deloslectores/7195.pdf
- Hurtado, M., Cuadrado, S. y Herrán, A. de la (2015). Hacia una Pedagogía Prenatal. Una propuesta Educativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, 67 (1), 151-168. Recuperado de www.rieoei.org/deloslectores/6809Hurtado.pdf
- López-Ibor, R. A., Mangas, L. E., Cornejo, J. A. & Vadillo, M. T. P. (2010). ¿Tienen las políticas de conciliación un sesgo femenino? El caso de las empresas familiarmente responsables. *Clm. Economía: Revista Económica de Castilla- La Mancha* (17), 141-168.
- Martínez González, R. A. (1992). La participación de los padres en el centro escolar: una forma de intervención comunitaria sobre las dificultades escolares. *Bordón, Revista de Pedagogía*, 44 (2), 171-175.
- Martínez González, R. A. (2009). *Programa-guía para el desarrollo de competencias emocionales, educativas y parentales*. Ministerio de Sanidad y Política Social. España.

- Martínez, R. A., Pereira, M., Rodríguez, B., Peña, A., Martínez, R., García, M. P., Donaire, B., Álvarez, A. I. y Casielles, B. (2000). Dinamización de las relaciones familia-centro escolar a través de la formación del profesorado en este campo de actuación. *REOP*, 11 (19), 107-120.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. *Las cifras de la educación en España. Estadísticas e indicadores*. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=12539>)CNED-2000
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS*. Recuperado de <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionyPrevencion.htm>
- Moreno, E. (2010). *Políticas de infancia y parentalidad positiva en el marco europeo*. Recuperado de <http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidoso3SubSec/17-28.pdf>
- Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Recuperado de http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
- Pascual, C., Artieta, I., Grandes, G., Espinosa, M., Gaminde, I. & Payo, J. (2016). Necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad. Estudio cualitativo para el rediseño de la educación maternal. *Atención Primaria*, 48 (10), 657-664. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/299593458_Necesidades_percibidas_por_las_mujeres_respecto_a_su_maternidad_Estudio_cualitativo_para_el_rediseño_de_la_educación_maternal
- Reparaz, C. & Naval, C. (2014). Bases conceptuales de la participación de las familias. En *La participación de las familias en la educación escolar* (pp. 21-32). Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Martín, J. C. & Byrne, S. (2008). *Preservación familiar: Un enfoque positivo para la intervención con familias*. Madrid: Pirámide.

- Rodrigo, P. & Vallejo, S. (2017). La Educación prenatal desde la perspectiva interdisciplinar: percepción de profesionales en escuelas infantiles. *Enseñanza & teaching*. Recuperado de <http://revistas.usal.es/index.php/0212-5374/index>
- Sánchez, M. I., Luna, J. M. & Mata, M. J. (2016). Origen, evolución y situación actual del programa de educación maternal en España. *Parainfo digital* (25). Recuperado de <http://www.index-f.com/para/n25/156.php>
- Sarramona, J. (2004). Participación de los padres y calidad de la educación. *Estudios sobre Educación*, (6), pp. 27-38.
- Save the children (2013). *La conciliación de la vida laboral y familiar en España*. Recuperado de https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/la_conciliacion_de_la_vida_laboral_y_familiaresp_vok.pdf
- Shumow, L. (Ed) (2009). *Promising Practices for Family and Community Involvement during High School*. Charlotte, NC: Information Age Publishing.
- UNICEF. Comité Español (2016). *Ciudades Amigas de la Infancia*. Recuperado de <http://ciudadesamigas.org/municipio-amigo-infancia>
- UNICEF (2006). *Convención de los Derechos del niño*. Recuperado de <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

CUÁNDO EMPIEZA LA EDUCACIÓN PRENATAL

Resumen

1. Epigenética y las sagas de familia
2. Ser padres: concepción, gestación y parto
3. El niño herido
4. Vida y cooperación
5. Cuidemos a la embarazada
6. Qué está haciendo la sociedad
7. El bebé
8. Referencias

CUÁNDO EMPIEZA LA EDUCACIÓN PRENATAL

Eleanor Madruga Luzes

Resumen

Esta disciplina tomó fuerza en los años 90, con intensas investigaciones, y de esta manera pedagógicamente hay varias maneras de llegar a una sensibilización de jóvenes. Lo que involucra en tener hijos con debidos cuidados psíquicos, incluyen el biográfico, tener conciencia de sus historias transgeneracionales, y lograr en general por la práctica para tener acceso y remover experiencias traumáticas de la pequeña infancia. Cuidados nutricionales, parto natural, lactancia materna exclusiva hasta seis meses, y que la lactancia naturalmente debe parar cuando el bebé cerca de un año y la madre al máximo quedando con su hijo en casa hasta tres años, momento que la memoria y el niño comienza a referirse a sí mismo en la primera persona del singular, y de este modo deja de ser profundamente dependiente de la madre, y pasa a necesitar un desarrollo escolar, que llevará la alfabetización a los siete años. De todo esto los jóvenes aprenden cómo y por qué.

Palabras clave

Preparación para la preconcepción, concepción consciente, gestación, parto, lactancia, tres primeros años de vida.

I. Epigenética y las Sagas de Familia

Sabemos, gracias a una extensa documentación, que los niños reproducen el inconsciente de sus padres y que los adultos siguen dos scripts, dos vías por donde pasa la información: el ADN mitocondrial y el camino de las memorias sin recuerdos de sus padres, desde la concepción hasta la primera infancia, y cuyo registro se encuentra en el sistema límbico.

Con relación al ADN mitocondrial, desde los años ochenta, se sabe que sólo tenemos 23 mil genes, en lugar de los 120 mil tan divulgados, y que un 90% del código genético está compuesto por lo que se podría llamar de “una historia escrita”. Como lo demostró el biólogo Pjotr Garjajev (1999, 2016), la molécula de ADN es un bioprogramador y un biorreprogramador (Garjajev y su equipo están reprogramando el ADN de organismos vivos usando frecuencias correctas de resonancia de ADN y así, regenerando moléculas de ADN dañadas) (Garjajev es citado por Fosar y Cairns, (2005) y a su vez, los tres son citados por Lipton, (2005)). Esta reproducción del inconsciente de los padres, la llamada la saga de familia, es una historia, una historia contada por el código genético escrito. Es por eso que la epigenética no se resume sólo al cerebro del feto, que se modifica en función de las emociones de la madre, va más allá, y pasa a ser entendida como la transmisión transgeneracional de caracteres adquiridos en la experiencia ontogenética del individuo con relación a su medio ambiente (Cairns, 1988; Garjajev, 1999; Garjajev et. al., 2016; Fosar y Bludorf, 2005; Lipton, 2005).

Además de los biólogos Garjajev y Cairns, existen otros autores, que han trabajado con psicología transpersonal o transgeneracional, entre ellos Anne Ancelin Schützenberger (2006, 2009), Enric Corbera (2011) y Salomon Sellam (2010).

A lo largo de mi vida profesional he trabajado con muchas familias, orientándolas a hacer su árbol genealógico con la ayuda de un péndulo, una simple característica cinesiología, una manifestación de la cinesio, para buscar sus sagas de familia, y también con la ayuda de cartas, que una vez escritas, se queman, en concordancia no sólo con los autores que trabajan con transgeneracionalidad, sino también con los biólogos. Durante siglos, los científicos buscaron un lenguaje humano original. Los lingüistas rusos descubrieron que el código genético, especialmente aquel 90% que el proyecto Genoma llamó de “ADN basura”, sigue las mismas reglas de todos los idiomas humanos. Para llegar a esta conclusión, compararon las reglas de sintaxis (la manera en que las palabras se unen en oraciones y frases), de semántica (el estudio del significado de las formas de la lengua) y de gramática. Pjotr Garjajev afirma que la molécula de ADN puede ser influenciada y reprogramada con sonidos, palabras y luz, y que en determinadas frecuencias el ADN puede asumir nuevos patrones. Tal investigación podría revolucionar la comprensión del funcionamiento psicosomático del cuerpo humano, y el papel de las células en los seres vivos. En mi trabajo, he encontrado que la gente se encuentra con obstáculos a la hora de vivir una vida plena, obstáculos relacionados con estas sagas ancestrales. Suele ser así en casos de infertilidad, por ejemplo, donde el mejor tratamiento es descubrir las sagas, haciendo el árbol genealógico y escribiendo cartas que luego se queman. Si entendemos el alcoholismo, la drogadicción, la incapacidad para relacionarse y la incapacidad de trabajar, como una forma de “no estar realmente vivo”, como una especie de sacrificio en función de una especie de lealtad ancestral, tendríamos resultados más rápidos en el tratamiento de estas situaciones.

2. Ser Padres: Concepción, Gestación y Parto

Cuando una pareja quiere tener un hijo, es necesario trabajar las sagas ancestrales, que a menudo la pareja no conoce. Jung (en Jung et. al., 2009), decía que la psicología sólo va a evolucionar cuando se preste atención a lo ocurrido mucho tiempo antes de la concepción de la persona. Mi visión es exactamente ésta, descubrir las sagas y liberarse de ellas, porque lo que no conocemos nos condena a repetirlo, en función de la información que lleva nuestro ADN.

Por otro lado, los científicos dicen que el ser humano tiene unos 70 mil pensamientos al día (UCLA, 2016), y que entre un 80% y un 90% de ellos son negativos, plasmados por las experiencias uterinas y hasta los tres primeros años de vida, sobre todo durante el primer año, cuando el 70% del cerebro que una persona tiene durante toda su vida ya está formado. Hasta el tercer año el niño no tiene memoria continua, pero en estos tres primeros años de vida se plasman muchas de las creencias acerca de uno mismo y del mundo, que son las responsables por muchos de nuestros pensamientos y reacciones inconscientes, que surgen de manera casi automática. Esto representa un 80% de los pensamientos que tenemos, que siguen patrones relacionados con estas creencias adquiridas al inicio de la vida. Sólo es posible cambiar estos patrones cuando se trabaja duro para liberarse de preceptos tipo “no soy capaz”, “no merezco”, “no soy amado”, etc. (Ray, & Bob, Van Laere & Orr, 2011). Estas expresiones que son conocidas por los profesionales del Renacimiento como “mentiras personales”, nos gobiernan de modo proyectivo sin que seamos conscientes de ello, en la expectativa de cómo los otros actuarán con ellas. Además, en la percepción de la moderna Biología de Campos (Sheldrake, 2014, 2013) la tendencia es atraer hacia nuestra convivencia a aquellos que confirma nuestras creencias sobre nosotros mismos. Existe mucha literatura del Renacimiento

que aborda las “mentiras personales” que surgen como programas determinados en función de las condiciones de concepción, de gestación y del parto, con una casuística de millones en todo el planeta.

Las memorias que se presentan en las historias experimentadas por los niños son las que los padres bloquearon, porque necesitaban sobrevivir, entre ellas está el abuso parental. En el área de la sociología hubo un descubrimiento que ratifica esta evidencia: las sociólogas Karr y Wiley concluyen que las raíces del comportamiento violento se deben buscar en lo ocurrido durante los 33 primeros meses de vida (nueve meses intrauterinos y dos años extrauterinos), en un estudio llevado a cabo con presos de alta peligrosidad (Karr-Morse y Wiley, 1997). Otro documento muy importante es el libro de Grille sobre Psicohistoria, en el que describe cómo vivían nuestros antepasados: la idea de amor familiar y de amor maternal sólo surge en la literatura en Francia, en el siglo XVIII. Hace 200 años 1 de 4 niños era abusado en Europa por sus familiares. Los primeros parques de juegos urbanos aparecen en 1885, la mano de obra esclava fue erradicada por la Ley de las Fábricas (*Factory Act*) en 1874, (Parrilla, 2005). Y el trabajo esclavo infantil aún existe, así como el comercio de sexo infantil.

El trauma de la relación con el cuidador, desregula al niño y cambia su comportamiento normal, si se vive durante un largo periodo (Schoore, 2003). Un cuidador abusador programa un futuro abusador. Se estima que el 33% de las víctimas de abuso sexual son menores de 6 años. No hay diferencias entre los grupos étnicos. El niño no miente sobre el abuso sexual porque no tiene percepción o conocimiento suficiente para mentir sobre ello (Sanderson, 2005). Se puede decir que el abuso sexual es pandémico, según las Naciones Unidas (2004), una de cada 10 niñas en el mundo sufre abuso sexual, sin embargo, no hay casi literatura sobre el asunto.

Los padres que descubren y se desprenden de sus sagas transgeneracionales, que ahonden en el Renacimiento, en sus historias, desde la concepción, darán lugar a un modelo más libre, placentero y creativo de maternidad o paternidad. Chandrashekar (2010) confirmó los hallazgos del Renacimiento investigando los tipos concepción y sus consecuencias. Para esta nueva técnica de investigación usó la definición de concepción deseada de Stanford et. al. (2000). Otros autores que se abocaron al tema de la concepción vinculada a la sexualidad fueron Barker y Barker (1986). Muchos dicen que no están listos para ser padres, pero no es con un curso práctico que se prepararán, el camino para tal es el autodescubrimiento, aprender sobre sí mismos y disfrutar la alegría de los descubrimientos que harán gracias a la convivencia con sus hijos. También es importante que los padres entiendan que las cuestiones de salud de los niños tienen su raíz en el inconsciente de los padres (Jung, 1981).

3. El Niño Herido

Es muy importante el estudio de la biografía de los padres y cuidar al niño herido que llevan dentro, porque este niño herido aparecerá, de una forma u otra, suavemente o como problemas, problemas que son acertijos que deben descifrarse. En el fondo, los niños no enferman, revelan problemas transgeneracionales o de la infancia de sus padres, justo a la misma edad o en la misma época. Los niños se sacrifican hasta que el acertijo se descifre, porque toda la humanidad necesita más conciencia y la naturaleza creó esta manera, la enfermedad del niño, como un gran motivador para que los padres se conozcan a sí mismos. Dependiendo de la negación (o no) que haya a adquirir este conocimiento, los niños pueden curarse rápido o lentamente, con mucha sustancia e irradiaciones “diagnósticas”. Hay varios artículos sobre este tema, el del contacto con el niño herido, entre ellos el de Bradshaw (2008), uno de los numerosos trabajos que existen para la transformación personal a través del niño herido que se lleva adentro.

Antes de la concepción, muchas parejas relatan encuentros con sus futuros hijos, como registró Fred Jeremy Seligson en Asia, especialmente en Seúl, y lo plasmó en su libro *Oriental Brith Dreams*, uno de los libros que abordan este asunto (Seligson, 1989). Elizabeth M. Carman y Neil J. Carman recogieron y publicaron más de 200 historias de bebés, en varias culturas, antes de la concepción y en el útero. Estos autores, en función de estas historias recogidas en 165 culturas y religiones proponen el abandono del viejo paradigma materialista, en vigor desde el siglo XVII y proponen un nuevo paradigma, el “Paradigma de la Preconcepción en la Cuna Cósmico” (Carman y Carmen, 1999, p. 9).

4. Vida y Cooperación

La concepción fue observada, fotografiada y filmada por Nilsson (1990) y así confirmó los relatos antiguos de personas que revivieron este momento en el Renacimiento. El óvulo abandona el ovario y camina hasta que llega a una parte de la trompa, donde gira sobre su eje. De los millones de espermatozoides presentes, sólo 50 poseen el material genético elegido por el campo, el alma del bebé, que ya ha elegido sus sagas familiares al elegir a sus padres. Así los primeros espermatozoides, que se mueven a 10 cm por minuto, preparan el tracto, extendiéndose, ayudando en la alcalinización y en el paso de uno de estos 50 con material genético elegido por el campo y que se mueven a 5 cm por minuto. Uno de ellos será elegido en la danza del óvulo. Este descubrimiento no ha sido divulgado porque vivimos en una sociedad en la cual la competencia es uno de sus pilares, es lógico que, aunque se sepa esto hace años, no haya interés en que se conozca. Vida es cooperación. Pero entonces, en el momento de la concepción ¿qué emociones había?, ¿qué se imprimió en la primera célula, la célula que será la matriz de todas las demás?, de todas las posibilidades de sagas familiares escritas en el código del ADN, ¿cuál se activa? Recordemos que la célula es agua y este elemento, como bien demostró Emoto (2002), permite la impresión de memorias.

5. Cuidemos a la Embarazada

Otro hecho importante es que la neurociencia no ha encontrado el sustrato de la memoria, pero Candace Pert descubrió que bajo ciertas condiciones de estrés el cerebro es capaz de producir lo que llamó neuropéptidos, las llamadas “moléculas de la emoción”. Los receptores de estos neuropéptidos están por todo el cuerpo y así las emociones fundan memorias en todo el cuerpo. Lo importante es que “se mantienen donde están” y así las personas se convierten en adictas a las emociones que provocan, es decir, las personas buscan inconscientemente situaciones para lanzar estas moléculas a la circulación para que desencadenen la emoción que primariamente las provocó, pero ahora añadida a otra razón. Y los neuropéptidos se forman en el útero principalmente en los primeros años de vida, mucho más que más adelante.

En el desarrollo fetal es muy importante tener en cuenta las emociones de la madre, que en tiempo real son vividas por el niño, y dependiendo de la severidad, el cerebro de la madre propone un cambio en el desarrollo, un cambio epigenético. Además de las emociones, el feto percibe cuatro sentidos desde el primer trimestre: sentido vestibular, tacto, dolor y olfato, en el cuarto mes la visión, en el quinto la audición y la actividad onírica. ¿Cómo será visto este ser? ¿La sociedad y los educadores estimulan la comunicación telepática y verbal con los bebés? Por otro lado: si la mujer sabe que hasta los tres meses todo el organismo del bebé se está formando y sabe la importancia de esto, ¿qué cuidados toma? (Noble, 1993, Natanhaniel, 1999, Janus, 2001, Vernry y Wentrub, 2004; Langley-Evans, 2004; Luzes, 2007). La madre tiene que cuidarse, con la dieta, (Paul, 2011), con lo que ve, como pinturas, música y alimento espiritual, y nadie debe tocarla porque el padre y los niños ya lo hacen muy bien. Existen documentos que muestran cómo la punta de los dedos es una fuente de energía y los bebés sólo necesitan la energía que viene del padre, de la madre y de sus hermanos. En este momento, la mujer está ayudando a organizar el cuerpo de una nueva

persona, un cuerpo que así será durante toda la vida y para ello es necesario cuidado, es necesario atención. En este momento la medicalización no es bienvenida, porque puede retirar la atención de la madre de su punto principal, que es la relación que tiene con su bebé en sueños, en la intuición.

Ahora sabemos, gracias a extensa documentación, que las enfermedades de la edad adulta tienen su semilla al comienzo de la vida, en la concepción y en la gestación (Barker, 2001). Y esto ha sido comprobado en investigaciones realizadas con grandes cohortes, información de cientos de miles de personas concebidas y gestadas en condiciones de hambre, gente de diferentes países, donde a partir de un diagnóstico se buscaron las fichas obstétricas y los resultados siempre corroboran esto. Hay también estudios llevados a cabo con animales que ratifican estos hallazgos. En la tesis que defendí se citan literalmente miles de artículos sobre este asunto. La tesis está disponible para descarga gratuita en un sitio web, porque considero que esta información es vital. Entonces, la pregunta que planteo es, si tenemos toda esta información, ¿por qué no cuidamos a la embarazada?, ¿por qué no creamos jardines y lugares hermosos y seguros para que pueda pasar el día junto con otras embarazadas?, ¿por qué la embarazada no tiene acceso a mejor música, a cuadros y obras de arte que le permitan meditar?, ¿por qué tiene que soportar el abuso verbal, aunque entendible por la reacción compulsiva de los neuropéptidos de la gente (sus madres también fueron abusadas), mientras camina por la calle?

Todavía se insiste en usar la ecografía. La ecografía surgió a partir del radar, luego se usó para cortar acero, después para destruir tumores duros y luego, sin mucho tiempo de evaluación, pasó a ser el recurso para evaluar el estado de salud del feto, aunque las imágenes son inexactas, provoca efecto térmico, cavitatorio (explota neuronas) y emite radiación. Además, la imprecisión del resultado genera un sin fin de nuevos exámenes (Buckley, 2005), ninguno con 100% de precisión y la embarazada se enfrenta a fantasías de muerte, de pérdida, de problemas en el niño, etc., la

ecografía roba esos momentos únicos del embarazo, momentos que se tiñen con fuertes tinturas. A lo largo de mi experiencia he visto mujeres con diagnósticos falsos que debido al estrés que le provocaron perdieron a sus hijos. Una médica en Brasil defendió una tesis sobre este tema en su doctorado en Antropología. En su trabajo muestra que la sociedad, en el acto de ver y ser visto, ve en la ecografía un instrumento que “facilita la relación madre-hijo” (Chazán, 2007). La sociedad actual ha desarrollado 20% del cerebro en promedio y se espera que en el futuro se llegue al desarrollo de la telepatía y otras cosas más. En el transcurso de mi experiencia clínica he observado como las mujeres que conversan con sus hijos durante la gestación mantienen una comunicación telepática con ellos durante toda la vida, además estos chicos tienen más empatía y más facilidad de concentración.

6. Qué está Haciendo la Sociedad

Una cuestión digna de destacar es el hecho de que existen un total de 7 compromisos asumidos por la sociedad, 4 de la OMS, y 3 de la ONU, firmados por los países miembros, en los que se asume el compromiso, en función de estos datos acerca de la importancia de la preparación para la maternidad y la paternidad consciente, de comenzar a implementar algunos conocimientos sobre el asunto en la escuela: la Declaración de Alma-Ata de la OMS en 1978; la carta de la Convención sobre los Derechos del Niño, ONU 1989; la Declaración Mundial sobre Supervivencia, Protección y Desarrollo de los Niños, en Nueva York, ONU, 1990; el Informe de la Organización Mundial de la Salud sobre Derechos Humanos, 1993; el Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de la OMS, en 1995; el Día Mundial de la Salud, promovido por la OMS en 1998, los Indicadores para el Seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Nueva York, ONU, 2003. Además de éstos, 7 otros: Maternidad Centrada en la Familia y Cuidado del Recién Nacido, Directrices Nacionales, Sector de salud del Ministerio de Obras Públicas y Servicios Gubernamentales, Ottawa, 2005;

Cuidados Preconcepcionales para Mejorar los Resultados de la Salud Materno-Infantil en América Latina, por el Centro de Perinatología y Desarrollo Humano; el Informe Mundial Sobre la Salud sobre Rediseñar el Cuidado Infantil: Supervivencia, Crecimiento y Desarrollo (hacer que todas las madres y todos los niños cuenten), [Fuente: S. Preconception Care in International Settings. *Maternal and Child Health Journal*, Volume 10, Issue 1 Supplement, pp 29-35, September 2006].

Entonces, si ya tenemos esta información y no hay necesidad de un profesional: ¿cuándo se respetará a la embarazada, a la familia, al ser que está empezando su desarrollo físico, psíquico y espiritual?, ¿cuándo enseñaremos a los jóvenes a ser padres, conociendo su historia y mejorando, con todos los recursos disponibles hoy en día?, ¿o hasta cuándo se seguirán repitiendo las sagas familiares no auspiciosas? Un niño puede hacerlo, simplemente debe aprenderlo en la escuela y estimularla a que lo haga. De la misma forma es necesario que las escuelas enseñen sobre embarazo, parto, lactancia materna y vida del bebé, así como el modelo ya existente en España (García, 2010).

En los años 50, el parto salió del hogar y se trasladó al hospital aunque la tasa de complicaciones con necesidad de traslado a hospital en todo el mundo fuera de 3,19%. Hoy, en muchos países como en Brasil, el índice de muerte neonatal o muerte materna en el hospital es más grande que cuando el parto se hacía en casa. ¿Quién ganó con este cambio? ¿Por qué se sigue con esta práctica si en el documento publicado, después de cientos de estudios con miles de personas en varios países, la OMS en 1996 admite que el lugar más propicio para el parto es el hogar? Según el *Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit - Care in Normal Birth: A Practical Guide*, “las parteras son las más apropiadas para conducir el parto normal y tienen total condición de dar los cuidados primarios necesarios”, una vez que el parto es un acto fisiológico, el lugar más seguro para hacerlo es el hogar. Pero después de 3 o 4 décadas de nacimientos en el hospital

(y gracias a una gran ayuda del cine), las mujeres empezaron a sufrir de tocofobia (temor de no saber nacer y la creencia de que sólo el hospital es seguro – creencia que surgió en función de la experiencia del propio nacimiento). Hace muchos años una antropóloga dio una descripción perfecta sobre lo que la sociedad se estaba preparando con una serie de recursos tecnológicos de poca utilidad, algunos incluso nefastos, pero que se usan hasta los días de hoy. Cuando una sociedad interviene tan pesadamente en un ritual de vida, solo nos queda reflexionar sobre qué es lo que quiere para la vida (Davis- Floyd, 1992). Hay un sinnúmero de autores que escribieron con base en enorme documentación científica para contrarrestar la visión dominante del hospital como sinónimo de seguridad, un rasgo claro del trauma de haber nacido de esta manera (Buckey, 2009, Leboyer, 1992, 1996; Balaskas, 1989; Kitzinger, 2001). El parto debe ser en casa, en paz, no en el agua porque no somos mamíferos acuáticos y ninguna tribu da a luz así. Todo aquello que pone una situación fisiológica en riesgo no merece ser probado y además de ello, los niños se quedan con la impresión de que cada fase de transición debe durar un poco más.

Si el bebé es prematuro es mejor usar la técnica de bebé canguro que la unidad neonatal de cuidados intensivos, como probado por la casuística mundial. En el Instituto Materno Infantil de Bogotá, 1979, Héctor Martínez y Edgar Rey Sanabria, neonatólogos, decidieron probar un método ancestral y al mismo tiempo revolucionario, debido a la baja tasa de supervivencia de prematuros que presentaba el centro. El llamado método de bebé canguro cumplió más de 40 años y ayudó a salvar a miles de bebés prematuros en todo el mundo (Martines, 2016). El método consiste en poco después del nacimiento poner al bebé, independientemente de su peso, pegado al pecho de la madre. El bebé tiene que estar desnudo, solo en pañales y la madre sin sujetador, para que haya contacto piel con piel y facilitar la lactancia materna. Se coloca un pañuelo grande para ayudar a proteger el bebé y la madre usa una camisa abierta, dejando sólo la cabeza del bebé fuera, poco después del nacimiento.

Durante décadas como terapeuta Jungiana y trabajando con la Ciencia del Inicio de la Vida, he notado que el bebé, que la madre tanto deseaba, sufre una separación brutal si se impide este contacto. Como el feto tiene todos los sentidos, los mismos del bebé, entonces ¿cómo un bebé entendería que de repente desaparezca todo el mundo que conoce? Por lo tanto, cualquier separación es absorbida como “mi madre no me quiere”, porque no existen los otros, lo que existe es un encuentro esperado durante 9 meses que no se concreta en función de las rutinas que determina el hospital. El resultado es un cráter en el alma, al cual las personas reaccionan con ira constante o con una especie de servilismo, porque lo último que se desea en la vida es revivir el dolor provocado por este cráter, por esta ausencia. Así podremos entender las compulsiones, que son una forma de soportar este cráter, un cráter que siempre estará donde está.

7. El Bebé

Durante los tres próximos meses el bebé utilizará un lenguaje propio para comunicación con la madre, en este período, si no hay nada que desvíe la atención, aprendemos una nueva lengua. Esta comunicación especial que ocurre durante los tres primeros meses se transformará en un futuro de poco llanto, de mucha comunicación cómplice y más adelante en una adolescencia amigable y cariñosa, que después se traduce en independencia. Es necesario comprender que durante el primer año de vida ningún animal tiene tan poca posibilidad de ser independiente (Montagu, 1986). Hasta los seis meses se debe compartir la cama con el bebé y es necesario que haya mucha presencia (Brazelton, 2010).

Durante este período la lactancia representa una relación única, porque la leche se produce a cada momento y está compuesta exactamente de lo que necesita el bebé. La leche materna es viva, la leche artificial es muerta. La leche materna está compuesta por ácidos grasos de cadena larga (araquidónico, desconsahexanólico), muy importantes para el desarrollo cerebral del bebé (Lanting et

al., 1994). Además, durante la lactancia, unas diez veces al día, el cruce de miradas característico de este momento se traduce una transferencia del contenido del hemisferio derecho del cerebro de la madre hacia el hemisferio izquierdo del bebé, y del contenido del lado izquierdo de la madre hacia el lado derecho del bebé. El padre, cuando el bebé está en alerta activo, uno de los 6 estados de conciencia del niño, puede hacer lo mismo. Que esto ocurra es muy importante ya que hace muchas generaciones las mujeres no son amamantadas (Rego, 2008). La leche y el amamantamiento ofrecen definitivamente algunas experiencias celulares: fe (siempre tengo lo que quiero, cuando lo necesito), generosidad (siempre se da), afectividad (me dio mucho amor la vida, por supuesto amar es mi naturaleza), sexualidad (hubo tantas experiencias sensuales naturales, para mí y para mi madre, que la sexualidad es parte de la vida de una manera muy simple). Las mujeres que no fueron amamantadas desarrollan problemas de “poca leche” o de “leche débil”, el bebé tiene “intolerancia a la lactosa” o la madre tiene grietas en el pecho. Todas estas cuestiones ocurren porque el niño tiene la nobleza de no dejar que a la madre viva una situación difícil y se priva de su único alimento. Al entender esto, si la madre habla con el niño en la fase REM, y le cuenta la verdad, el niño vuelve a tomar leche del seno. En nuestra sociedad, si todos hubieran sido amamantados durante al menos 6 meses y no habría un acto criminal.

Llega entonces el momento de dejar de amamantar, primero porque la madre tiene menos fases REM y, por ello, se agota, además, el niño necesita variar la dieta y por último, cuando el mamífero ve a su niño con ciertas habilidades motoras empieza a evitar amamantar porque quiere que crezca decidido, independiente y sin miedo.

La OMS comenta el caso de los países del tercer mundo, donde, cuando se para de amamantar un niño, muere de hambre. En este caso seguir amamantando no es mejor, es simplemente “menos peor”. Una de cada 8 personas en el mundo pasa hambre,

842 millones de personas (12% de la población total) en el mundo sufren hambre crónica (The State of Food Insecurity in the World, FAO, 2013). Según la ONG Save the Children, mueren cinco niños por minuto en el mundo como consecuencia de desnutrición crónica. Quinientos millones de niños corren riesgo de secuelas permanentes en los próximos 15 años. La muerte de 2 millones de niños al año podría evitarse si se combatiera la desnutrición. (Informe de la ONG Save the Children en 2012). Sin embargo, la FAO dice que en el planeta hay el doble de comida necesaria. Según Jean Ziegler, exrelator de las Naciones Unidas sobre el derecho a la alimentación, en el último informe la FAO, insiste en que, en 2004, 826 millones de personas sufrían subdesnutrición extrema permanente: esta gente no tiene vida familiar, no puede trabajar, no tiene relaciones sexuales, son inválidos crónicos. Al año siguiente se habló de 842 millones y con una tendencia a aumentar. La situación continúa de esta manera, hay alimento para animales, hay energía y basura, pero hay niños que están aún muriendo de hambre. Me pregunto si niños amados y amamantados, que han conocido el amor como forma natural de la vida mantendrían este estado enfermo de poder.

En el segundo año de vida el niño desarrolla un vocabulario de 500 palabras y comienza a tener un pensamiento muy rudimentario, que en casos de grandes catástrofes no les permite sobrevivir porque todavía no es operacional, y al final del tercer año tendrá memoria continua, cuando de hecho termina el período de cachorro, aunque todavía sea dependiente, ya comienza a ensayar creaciones y posibilidades para hacer frente a situaciones de poca complejidad. Todavía necesitará jugar mucho, jugando el niño vibra en ondas cerebrales similares a las de una persona que medita, el cerebro se desarrolla. En esta etapa, lo mejor es leerle historias, que nada esté listo, como la TV o los videojuegos, existe una extensa literatura en neurociencia que demuestra que estos aparatos pueden provocar la interrupción temprana de los estudios, violencia, obesidad, ansiedad, depresión, aislamiento, falta de empatía con el sufrimiento ajeno, miedo, insensibilidad

y sobre todo la creencia de que los padres no están interesados en ellos, no hay ningún beneficio en estos juegos (Armstrong y Casement, 2001). Para mejorar la inteligencia cognitiva, social y emocional, lo mejor es la interacción.

Y hay que recordar que existen muchos estudios que abordan el abandono, la separación precoz, antes de los 3 años. Los ciudadanos tienen que exigirle esto al Estado, la diferencia entre quien tiene esto y quien no, es enorme. Hay mucha literatura sobre este asunto y puedo citar algunos autores, como Bowlby, 2002; Klaus & Klaus, 2001; Klaus, Kennell, Klaus, 1995.

Tenemos que entender que el niño es el gran descubrimiento del siglo XXI. No se debe repetir lo que las generaciones anteriores hicieron con los niños, se debe mirar el mundo y pensar que será diferente, porque vamos a empezar a cuidar a los niños de otra manera, con otra escuela, con respeto a la alfabetización después de los siete años, con escuelas creativas, como las del modelo de Waldorf, pero más creativas aún, incluyendo mucha arte y valores humanos dignos de inspiración. Nunca en la historia hubo un momento como este, un momento en el que, como humanidad, podemos realmente elegir, elegir seguir otro camino. Entonces, seamos cooperativos, seamos felices.

8. Referencias

- Armstrong, A. & Casement, Ch. (2001). *A cirança e a máquina*. Porto Alegre: Armed.
- Balaskas, J. (1993). *Parto ativo – guia prático para o parto natural*. São Paulo: Ground.
- Barker, D. (1988). *Mother, babies and health in later life* (2ª ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Barker, D. (2001). *Fetal origins of cardiovascular and lung diseases*. New York: Marcel Dekker.

- Barker, J. & Barker, F. (1986). *Conscious conception, elemental journey through the labyrinth of sexuality*. Monroe (Utah): Freestone publishing company.
- Bradshaw, J. (2008). *Volver a casa: Recuperación y reivindicación del niño interno*. Madrid: Los libros del comienzo.
- Brasil, Agência (2012). Pelo menos cinco crianças morrem de fome a cada minuto, diz ong. ong – salvem as crianças. Recuperado de <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-02-16/pelo-menos-cinco-criancas-morrem-de-fome-cada-minuto-diz-ong>
- Brazelton, T. B. (2010). *O grande livro da criança. O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (12ª ed.). Lisboa: Presença.
- Bowlby, J. (2002). *O apego – a natureza do vínculo – vol. 1 da trilogia apego e perda*. São Paulo: Martins Fontes.
- Buckley, S. (2005). *Gentle birth, gentle mothering*. Brisbane: One moon press.
- Buckley, S. (2009). *Gentle birth, gentle mothering. A doct's guide to natural childbirth and gentle early parenting choices*. Berkley: Celestial arts.
- Blum, T. (1993). *Prenatal perception, learning and bonding*. Berlin: Leonardo publishers.
- Cairns, J., Overbaugh, J. and Miller, S. (1988). The origin of mutants. *Nature* (335), 142-145.
- Carman, E. and Carman, N. J. (1999). *Cósmic cradle - Souls waiting in the wings for birth*. Fairfield (Iowa): Sunstar publishing.
- Chandrashekar, R. (2010). *Intentional procreation and wisdom: a bicultural investigation*. Palo Alto (California).
- Chazan, L. (2007). *“Meio quilo de gente” um estudo antropológico sobre ultra-som obstétrico*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.

- Corbera, E. & Marañon. (2011). *Tratado de biodecodificación*. Barcelona: Índigo.
- Davis-Floyd, R. (1992). *Birth as an american rite of passage*. Berkley: Univ. of California Press.
- Emoto, M. (2002). *Messages from water*. Tokyo: I.H.M. General Research Institute.
- Blázquez Garcia, M. J. (2010). *La ecología al comienzo de nuestra vida*. Zaragoza: Gobierno de Aragón-Vía láctea.
- Gariaev, P. P., Garber M. P., Leonova, E. A. and Tertyshniy, G. G. (1999). On the issue of the molecular biology central dogma. *Consciousness and physical reality*, 4 (1), 34-46.
- Garjajev, P., Birshtein, B. I., Iarochenco, Alexander, M., Marcer, P. J., Tertishny, G. Tertishny, L., Katherine, K. (2016). *Uwe kaempf. Institute Control of Sciences. Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia & Wave genetics inc. Toronto, Ontario, Canada, Old vicarage green, Keynsham, Bristol, uk & Institut F. Klinische, Diagnostische und Differentielle Psychologie- am falkenbrunnen - Dresden, Germany. The DNA "wave biocomputer"*. Recuperado de <http://www.invertone.com/webdoc/dna-garjajev-poponin.pdf>
- Grille, R. (2005). *Parenting for a peaceful world*. New South Wales: Longueville.
- Janus, L. (2001). *The enduring effects of prenatal experience. Echos from the womb*. Heidelberg: Mattes Verlag Heidelberg.
- Jung, C. G. (1981). *O desenvolvimento da personalidade*. In *Obras completas* (Vol. XVII). Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (2009). *Govinda, lama Anagarika, woodroffe, sir john, evan-wentz, wy. O livro tibetano dos mortos*. São Paulo: Pensamento.
- Kitzinger, S. (1991). *Birth your way – choosing birth at home or in a birth centre*. London: Lindy Newton.

- Langley-Evans. (2004). *Fetal nutrition and adult disease*, gabi publishing. Cambridge.
- Lanting, C. I. et al. (1994). Neurological differences between 9 years-old children fed breast-milk or formula as babies. *Lancet* (344), 1319-1322.
- Leboyer, F. (1992). *Nascer sorrindo*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Leboyer, F. (1998). *Se me contassem o parto*. São Paulo: Editora Ground.
- Lipton, B. (2005). *The biology of belief*. Santa Rosa: Mountain of Love /Elite Books.
- Madruga Luzes, E. (2007). *A necessidade do ensino da ciência do início da vida*. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Recuperado de www.cienciadoiniciodavida.org.
- Martines, H. (2016). La metodología madre canguro. Ideass Colombia – Innovación para el desarrollo y la cooperación sur-sur. Recuperado de http://www.ideassonline.org/pdf/br_11_20.pdf
- Montagu, A. (1986). *Tocar – o significado humano da pele*. São Paulo: Summus.
- Nathanielsz, P. W. (1999). *Life in the womb, the life of health and disease*. New York: Promethean Press.
- Nilsson, L. (1990). *A child is born. The completely new edition*. New York: Delacorte Press/Seymour Lawrence.
- Noble, E. (1993). *Primal connections. How our experiences from conception to the birth influence our emotions, behavior, and health*. New York: Simon & Schuster Building.
- OMS (2006). Preconception care in international settings. *Maternal and child health journal* (10), 29-35.

- OMS (1996). *Maternal and newborn health/safe motherhood unit “care in normal birth: a practical guide”*. Washington.
- ONU (2014). *Referencia a relatório de 2014, sobre abuso sexual infantil no mundo*. Recuperado de <https://www.estantevirtual.com.br/b/christiane-sanderson/abuso-sexual-em-criancas/2062158901>
- Paul, A. M. (2011). *How the nine months before birth shape the rest of our lives. “Origins”*. New York: Division of Simon & Schuster.
- Pert, C. (1997). *Molecules of emotion – the science behind mind-body medicine. Why you feel the way you feel*. New York: Scribner.
- Ray, S. & Mandel, B. (1998). *Como seus nascimento afeta seus relacionamentos. Uma abordagem psicológica*. São Paulo: Editora Gente.
- Rego, J. D. (2008). *Aleitamento materno. Um guia para pais e familiares*. São Paulo: Atheneu.
- Sanderson, Ch (2005). *Abuso sexual em crianças. – Fortalecendo pais e professores para proteger crianças de abusos sexuais*. São Paulo: M. Books.
- Seligson, Fred Jeremy (1989). *Oriental birth dreams*. New Jersey: Hollym.
- Sellam, S. (2010). *El síndrome del yacente, un sutil hijo de reemplazo*. Madrid: Berangel.
- Schützenberger, A. A. (2006). *¡Ay, mis abuelos!* Madrid: Omega.
- Schützenberger, A. A. (2009). *The ancestor syndrome. Transgenerational psychotherapy and the hidden links in the family tree*. London – New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Sheldrake, R. (2013). *Uma nova ciência da vida*. São Paulo: Cultrix.
- Sheldrake, R. (2014). *Ciência sem dogmas: a nova revolução científica e o fim do paradigma materialista*. São Paulo: Cultrix.

- Schore, Allan N. (2013). *Affects relational & the repair of the self*. New York: Norton.
- UCLA Department of Neurology Laboratory of Neuro Imaging (loni), UCLA, at UCLA David Geffen School of Medicine, Los Angeles, California. Recuperado de http://www.loni.usc.edu/about_loni/education/brain_trivia.php
- Van Laere, Fanny & Orr, L. (2011). *Manual para profesionales de renacimiento. Como profundizar en tu proceso de renacimiento, guiar el proceso de otras personas con maestría y ser un profesional exitoso*. Madrid: Vision Libros.
- Verny, T. & Wentraub, P. (2004). *Bebés do amanhã – arte e ciência de ser pais*. Caxias do Sul (Brasil): Millenium.

NUEVOS FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS PARA LA PRÁCTICA DE LA EDUCACIÓN PRENATAL

Resumen

1. Introducción: preguntas para una reflexión previa
2. Revisión de algunos conceptos y hallazgos biológicos fundadores de la práctica de la educación prenatal y de la formación
 - 2.1. El agua de nuestro organismo, «agua viva», es capaz de amplificar y transmitir señales en un instante
 - 2.2. Durante la gestación, madre y criatura están interconectados de manera continua y simultánea por una red mecánica, vibratoria, u oscilatoria, energética, electrónica e informativa. Teoría de la matriz viviente
 - 2.3. Los microtúbulos celulares y la conciencia
 - 2.4. Nuestros pensamientos, emociones e intenciones pueden modificar nuestra Biología. No estamos determinados por los genes
 - 2.5. El ADN es un fluido que vibra y se pliega según las vibraciones del corazón
 - 2.6. ¿Somos más otros que nosotros? ¿Somos bacterias y virus? ¿Qué convierte en patógenos a los microbios?
 - 2.7. El primer hábitat del ser humano. El útero
 - 2.8. La concepción
 - 2.9. La gestación, tiempo de máxima formación e influencia
 - 2.10. Parto, nacimiento y lactancia materna
3. Formación del profesorado
4. Conclusiones
5. Referencias

NUEVOS FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS PARA LA PRÁCTICA DE LA EDUCACIÓN PRENATAL

María Jesús Blázquez García
Agustín de la Herrán Gascón

Resumen

El artículo tiene dos objetivos. Por un lado, ofrecer una revisión actualizada de conceptos y hallazgos biológicos que contribuyan a fundamentar, desde esta perspectiva, la práctica de la educación prenatal. El segundo, derivado del anterior, facilitar la comprensión de la educación prenatal para el bienestar individual y social, así como contribuir a la visibilidad de las ciencias del inicio de la vida en el currículo escolar, como pilar básico de una educación transformadora centrada en la vida. Se presentan hallazgos científicos recientes aportados desde la Fisiología celular y la Física moderna, que permiten interpretar cómo se impregna el ser humano durante la vida intrauterina de las influencias ambientales (sensoriales y afectivas) y cómo es posible guardar memoria de todo lo que ha acontecido en dicha etapa. Dichos descubrimientos, como los que se detallan a continuación, deberían incluirse en los libros de texto de Biología y alcanzar la formación básica del profesorado. A saber: el hecho de que el agua de nuestro organismo sea capaz de amplificar y transmitir señales en un instante. La teoría de la matriz viviente, según la cual la célula funciona como una antena que mantiene una conexión instantánea con todas las demás, mediante interacciones eléctricas y electrónicas. La influencia de los pensamientos y emociones en el cuerpo energético del ser humano, «el biocampo», y en la

manifestación de los genes. Los hallazgos de la Epigenética que desmontan el determinismo genético. Los microtúbulos celulares y la consciencia. El estudio del comienzo de la vida desde una perspectiva ecológica, ampliando el concepto de hábitat en la vida del ser humano desde la primera célula.

Palabras clave

Nueva Biología, ecología al comienzo de la vida, educación prenatal.

I. Introducción: Preguntas para una Reflexión Previa

La respuesta será inmediata para algunas personas y quizá no tanto para otras. Solo se intenta encontrar una forma de empezar, por la dificultad que representa conectar tres mundos que se encuentran invisibilizados en el ámbito educativo y social: la «nueva Biología» y la «educación prenatal»:

Sobre los libros de texto de Biología: ¿Por qué en Ecología no se estudia el comienzo de la vida del ser humano? ¿Por qué en los estudios del comienzo de la vida (salud prenatal, perinatal, infancia) no se tiene en cuenta la perspectiva ecológica? ¿Por qué incluyen datos recientes sobre biotecnología (clonación, hijos a la carta, terapia génica, sobre los transgénicos...etc) y sin embargo no incluyen la Epigenética? ¿Por qué informan de las últimas novedades en las técnicas de reproducción artificial humana y no explican la fisiología natural del útero ni de la fertilidad? ¿Qué aporta la Biología clásica a la educación prenatal? ¿Y la llamada nueva Biología?

En el ámbito educativo: ¿A qué edad empieza la educación? ¿Por qué se ignora en el currículo escolar la educación prenatal? ¿En qué medida se contribuye al autoconocimiento personal durante la educación secundaria y bachillerato? ¿Qué sería necesario contemplar en el currículo escolar para que la educación contribuyera a que las personas aprendieran a cuidar de sí mismas, de sus comunidades y de su entorno? ¿Qué cambios serían necesarios realizar en el currículo escolar si la educación estuviera centrada en la vida? ¿Qué elementos comunes existen en la forma de acompañar el comienzo y el final de la vida en nuestra sociedad?

2. Revisión de Algunos Conceptos y Hallazgos Biológicos Fundadores de la Práctica de la Educación Prenatal y de la Formación

Durante la vida intrauterina la criatura se impregna de todas las influencias que recibe, las sensoriales (acústica, gustativa, olfativa, táctil, visual) y las afectivas (pensamientos, sentimientos y emociones de la madre) y «graba» la información que perdura años después. Para comprenderlo hay que tener en cuenta que la realidad del ser humano, se puede expresar a nivel de la materia, la energía y la información. La materia es energía comprimida y la información son patrones de energía Oliva (2014).

Además del cuerpo físico tenemos un cuerpo energético llamado «biocampo», formado por campos electromagnéticos que genera la actividad eléctrica del cuerpo, tiene la información (pensamientos, ideas, intenciones, emociones), se extiende hasta cierta distancia, se entrelaza e interactúa por superposición con otros campos que nos rodean, de los seres vivos y las cosas. (Figura 1).

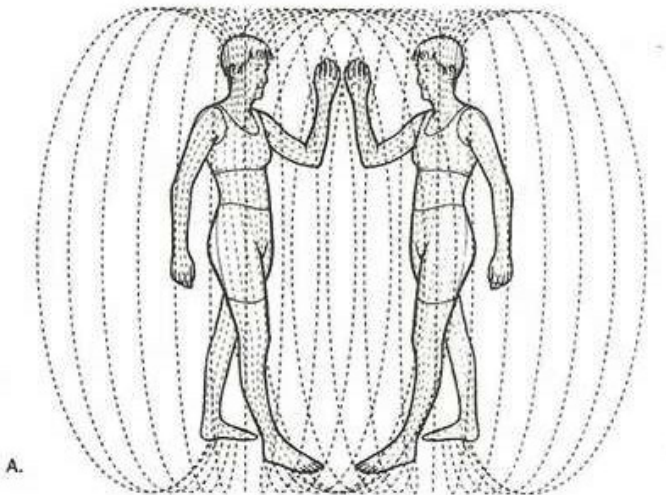


Figura 1. Interacción del campo biomagnético entre los individuos.
Fuente: Oschman (2008).

Esto explica que todo lo que influye en la madre influye en su criatura porque están entrelazados sus biocampos. Gracias a la nueva tecnología es posible visualizar los cambios en el biocampo según sean sus pensamientos y emociones. (Figura 2).

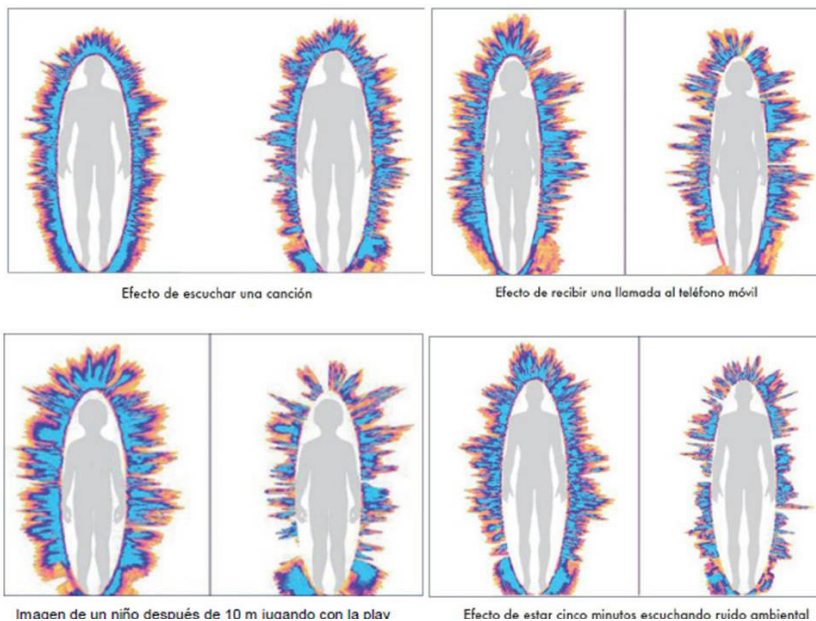


Figura 2. Cambios en el biocampo después de: escuchar una canción; recibir una llamada al teléfono móvil; jugar con la 'play'; escuchar ruido ambiental. Fuente: Oschman (2008).

El arte puede hacer visible lo que tanto cuesta entender desde el intelecto. Así la pintura de Alex Grey representa todo el entramado energético que conecta a la madre, el padre y su criatura. (Figura 3).

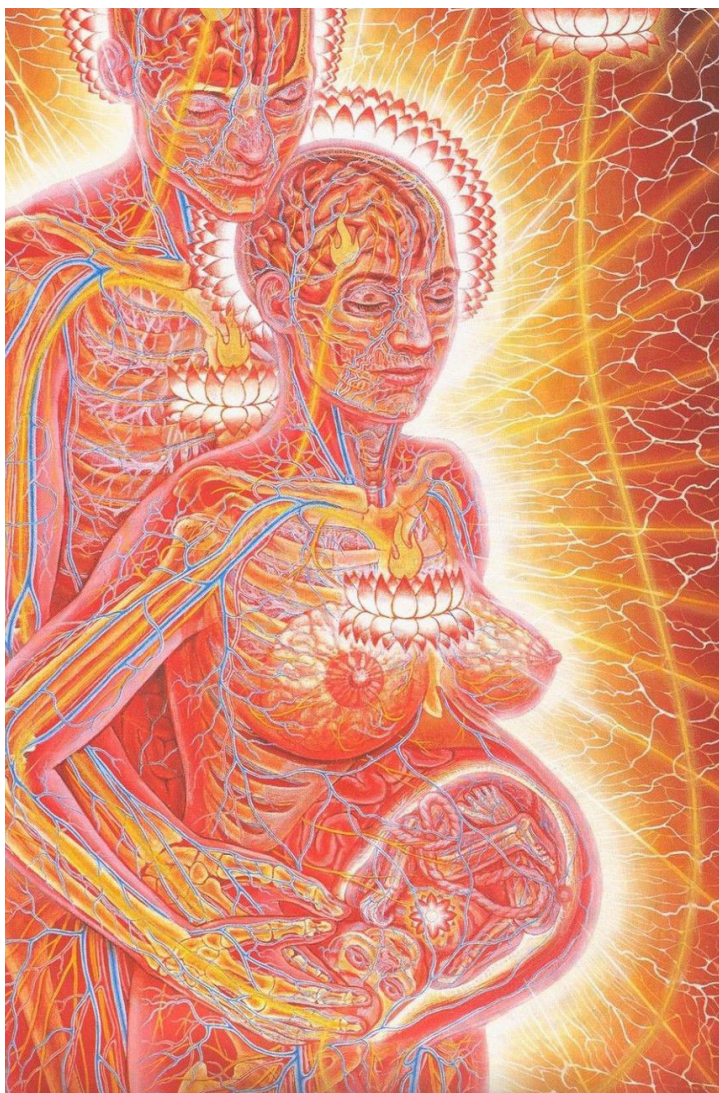


Figura 3. Pintura de Alex Grey. Fuente: <http://alexgrey.com/>

La especialización científica ha fragmentado la interpretación de la vida, generando una desconexión interdisciplinar, un autismo científico y un desconocimiento de otras disciplinas. Por ejemplo, el biocampo humano no se estudia en Biología y la Ecología académica no presta atención al comienzo de nuestra vida y desde las Ciencias de la Salud no se investiga desde una perspectiva ecológica. Según Kumar (2014) para realizar una transformación personal, social y medioambiental necesitamos pasar del «ego al eco». El «ego» es un estado de separación, aislamiento y desconexión. Sólo ve el poder, el éxito y el reconocimiento personal. Mientras que el «eco» tiene que ver con las relaciones humanas, busca el éxito y el bienestar colectivo. Según Sandín (2002) «La base teórica de la Biología se tambalea, precisamente en una época en la que las esperanzas (y la confianza) en sus aplicaciones prácticas se han extendido al ámbito social, lo cual resulta, cuando menos, alarmante».

Los libros de texto de Biología, reflejan los contenidos de la literatura oficial al respecto, interpretan la vida según el paradigma, bioquímico mecanicista que explica el cuerpo como una máquina precisa. Omiten algunos conceptos y distorsionan otros que conviene subsanar porque han quedado invalidados por hallazgos científicos recientes y comprenderlos es básico para el logro de los objetivos de la educación prenatal. A continuación, se ofrece una rápida revisión de dichos conceptos.

2.1. El agua de nuestro organismo, «agua viva», es capaz de amplificar y transmitir señales en un instante.

Científicos destacados, algunos Premios Nobel, como Schrödinger (1987-1961) con su frase legendaria «El secreto de la vida está en el agua, en el agua que preserva el orden» y Szent Györgyi (1893-1986) «El agua y los campos electromagnéticos forman la red de la vida», investigaron sobre el agua que forma parte de la vida y encontraron que presenta estructura y

propiedades diferentes al agua ordinaria, tanto la conducida por las tuberías como la embotellada. Gracias a la moderna tecnología, como la resonancia magnética nuclear, se ha podido verificar que las moléculas del agua corporal se agrupan por un breve espacio de tiempo formando anillos hexagonales, gracias a los enlaces de hidrógeno, realizan lo que se conoce como danza del agua «El Puzle del Agua y la clave Hexagonal» (Shi Jhon, 2008).

La importancia de la estructura se comprende fácilmente con el grafito, la mina de lapicero, y el diamante, ambos tienen la misma composición química y estructura diferentes. Así, el agua que rodea al ADN sano, es agua estructurada, hexagonal y con la edad y la enfermedad el agua va perdiendo la estructura y la integridad del ADN se encuentra debilitada. «Existe un gran paralelismo entre los efectos del agua y la salud, dependiendo de su cantidad y calidad, y el pensamiento, esa herramienta que traslada la energía del alma humana a nuestra vida». (Escudero, 2008). Como decía Mae Wan Ho (2010) descubridora del «cristal líquido del agua» cuando muere un organismo desaparece la organización del agua que formaba parte del mismo, «el agua cuántica coherente hace la vida en la tierra». Otros científicos han confirmado que el agua de los seres vivos tiene unas propiedades especiales, nombrada con diferentes palabras, haciendo referencia a sus propiedades, como «estructurada», «cristal de agua», «agua hexagonal» o «cuarta fase del agua», un estado intermedio entre el estado sólido y el líquido, algo semejante a un gel con una fórmula química, H_3O_2 . (Pollack, 2013). De todas las denominaciones la más representativa sería la de «agua viva», que se comporta como una matriz organizada capaz de amplificar y transmitir señales en un instante y vibraciones e información de una forma similar a como lo hacen cristales sólidos que se emplean en los circuitos electrónicos de alta tecnología. ¿Serán esos los motivos por los que somos un 90% de agua durante la vida intrauterina?

2.2. Durante la gestación, madre y criatura están interconectados de manera continua y simultánea por una red mecánica, vibratoria, u oscilatoria, energética, electrónica e informativa. Teoría de la matriz viviente.

La Física moderna nos dice que todo está conectado en el Universo y llama «matriz» a la red de energía que conecta nuestros cuerpos, el mundo y todas las cosas, como ya intuían las culturas milenarias y las ciencias tradicionales.

Hasta ahora la célula se había estudiado como si fuera «una bolsa» que conectaba mediante los mecanismos moleculares con las demás células. Sin embargo según «la teoría de la matriz viviente», la célula se comporta como «una antena» que emite y recibe de forma instantánea. (Figura 4).

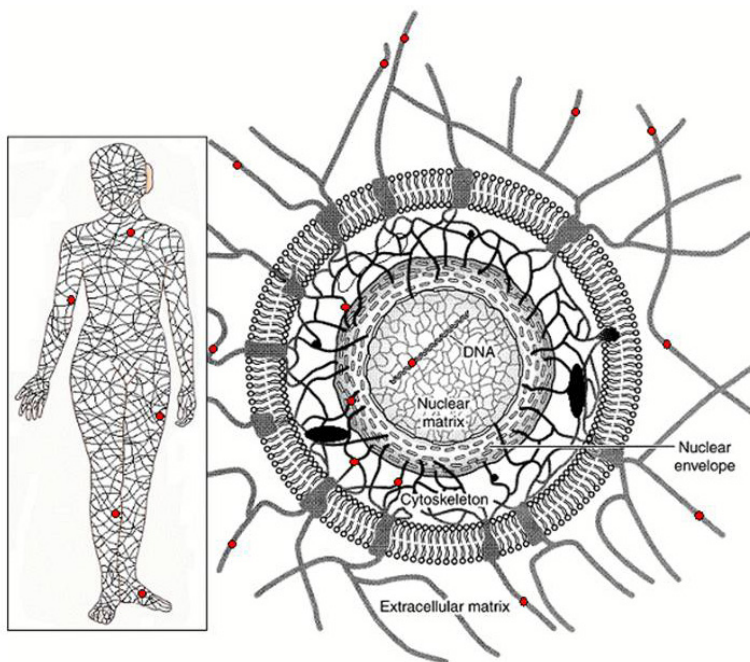


Figura 4. La matriz viviente. Matriz de la membrana con las integrinas; citoesqueleto (microtúbulos); matriz nuclear. Fuente: Oschman (2012).

Todas las partes del cuerpo están conectadas por una matriz continua, incluyendo las células y núcleos, mediante un sistema de regulación basal que mantiene una doble comunicación, química (las hormonas y otros mensajeros dentro de las células) y energética energética (eléctricas y electrónicas). Esto es posible de una forma instantánea, es una red de comunicación de alta velocidad debido al trasiego de electrones a lo largo de las proteínas, moléculas semiconductoras, como el colágeno que la más abundante, capaces de formar un circuito electrónico por todo el cuerpo, y de mantener frecuencias vibratorias. Cada fibra de la matriz viviente, tanto dentro como fuera de las células y el núcleo, está rodeada por una capa de agua «estructurada», que puede servir de canal de comunicación y flujo energético. (Figura 5). La matriz viviente es una red simultáneamente mecánica, vibratoria, u oscilatoria, energética, electrónica e informativa (Oschman, 2008).

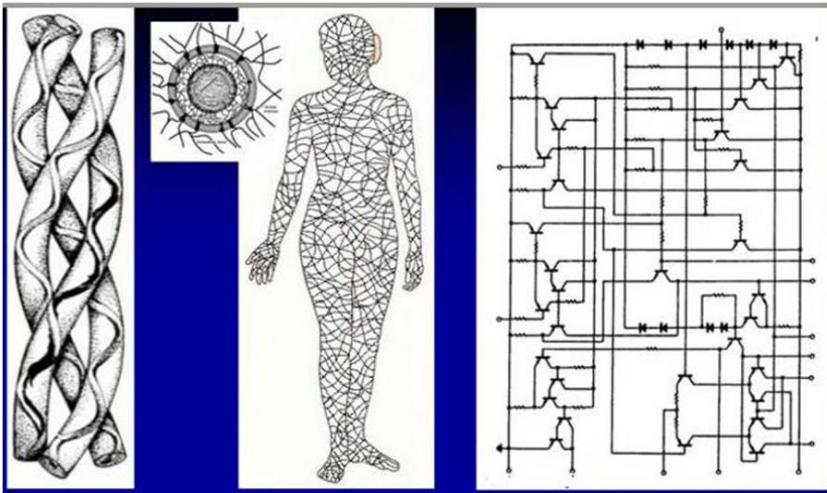


Figura 5. La matriz viviente es una red electrónica semiconductor. Detalle de la fibra de colágeno (proteína semiconductor). Fuente: Oschman (2012).

Somos como peces nadando en un mar de energía con un sistema nervioso energético que conduce paquetes de energía e información. Esto explica que seamos capaces de «guardar memoria» o conectar con la información de todo lo que ha acontecido durante nuestra vida intrauterina, mediante prácticas que ofrecen diversas terapias (Anatheoriesis, Renacimiento, Regresión, Hipnosis...) que conducen a un estado en el que es posible, algo parecido a «bajar» de la nube de internet. Porque toda esa información no está almacenada en ninguna parte del organismo, está en el «biocampo».

Para Sheldrake (2013) sintonizamos con nosotros mismos en el pasado; no llevamos nuestros recuerdos en la cabeza, el cerebro es más parecido a un receptor de televisión que a una grabadora.

2.3. Los microtúbulos celulares y la conciencia.

Los microtúbulos son los componentes principales del citoesqueleto que mantiene la forma de la célula; forman los centriolos que se encargan de la división celular; contienen agua «estructurada» en su interior; emiten a la misma frecuencia que las ondas de radio, representan el internet corporal, así cada neurona puede conectarse al mismo tiempo y «hablar» simultáneamente con todas las demás.

Según la hipótesis que proponen (Penrose y Hameroff, 1990) los microtúbulos, actúan como canales para la transferencia de información cuántica responsable de la consciencia. Hameroff, también encontró que los anestésicos congelan los microtúbulos de las células cerebrales y por eso se interrumpe la consciencia. Y en los enfermos de Alzheimer, los microtúbulos de sus neuronas están rotos y sus proteínas desordenadas. Los microtúbulos aportan claves esenciales para explicar la influencia de las señales ambientales (la palabra, la emoción y la intención, la música, el canto, el movimiento, la danza...) en la vida intrauterina, porque la vibración es capaz de transformar el ADN gracias a la acción mediadora de los microtúbulos, entre el exterior y el interior,

entre la materia, la energía y la información. Se comportan como las cuerdas de una guitarra, responden a la vibración, provocando cambios en el funcionamiento de la célula debido a la «mecanotransducción» que significa cambios bioquímicos, en la forma celular, la energía y la expresión de los genes.

El citoesqueleto y el resto de orgánulos citoplasmáticos de nuestras células se heredan del óvulo materno. Nuestro primer hábitat celular es el ovocito de nuestra madre, que se formó mientras estaba en el vientre de su madre, es decir, nuestra abuela.

2.4. Nuestros pensamientos, emociones e intenciones pueden modificar nuestra Biología. No estamos determinados por los genes.

Los hallazgos científicos de la Epigenética que estudia la influencia del entorno en la modificación de los genes, han desmontado el viejo paradigma del determinismo genético (un gen lleva la información para que se forme una proteína y esta es la determinante de un carácter), que es universalmente no aceptado. Sin embargo los textos escolares continúan presentando a los genes como determinantes de nuestra salud, omiten la Epigenética y dedican toda la atención a proclamar los beneficios de la ingeniería genética sin advertir que:

La ingeniería genética artificial practicada por el ser humano, es aleatoria, porque no está controlada por el organismo ni por el ser humano. También es peligrosa, porque ataca justamente los mecanismos que mantienen la integridad y la autonomía de los organismos vivos, aun cuando estos se encuentran inseparablemente vinculados con su ambiente ecológico. Capítulo 7. «El genoma fluido y adaptable». Ingeniería Genética ¿sueño o pesadilla? Ho (2009).

Está demostrado que una misma secuencia de ADN codificante (un «gen») puede dar lugar a una gran cantidad de proteínas alternativas, más de 30.000 diferentes, según sea la influencia ambiental. (Sandín, 2009; Heredia, 2012). La nueva genética ha demostrado la influencia del ambiente en la manifestación de los genes. (Ho, 2009; Chakravarti 2011). Así, los hermanos gemelos monocigóticos, que tienen idéntico ADN, deberían ser siempre iguales, si el ADN fuera lo único importante, pero no es así, pueden tener caracteres distintos, aspectos distintos y enfermedades diferentes, porque a lo largo de su vida, desarrollan marcas químicas, epigenéticas, que los diferencia, cuánto más diferentes son sus entornos.

Es el ambiente externo (hábitos, actitudes, alimentación, aire, agua, pensamientos, emociones) el que influye en el ambiente interno celular, en la red metabólica que genera una red epigenética según la cual los llamados genes se activan o silencian.

Las experiencias vitales de los progenitores modelan el carácter genético de sus hijos (Lipton, 2005).

No son los genes los que afectan al envejecimiento de los cromosomas, sino el ambiente y la psicología según las investigaciones realizadas por Elizabeth Blackburn por las cuales ganó el premio Nobel de Medicina. No son los genes la causa del cáncer. El atlas municipal del cáncer en España (1989-1998) demuestra con datos que según la influencia ambiental se dan diferentes casos de cáncer en unos lugares que en otros. Menos del 1% de las enfermedades están causadas por nuestra genética. Según Sheldrake (2013), veintisiete eminentes genetistas, entre ellos Francis Collins, ex director del Proyecto Genoma Humano, publicaron un artículo en «Nature» acerca de la heredabilidad de enfermedades complejas en el que reconocieron que, a pesar

de más de 700 publicaciones con secuenciaciones del genoma y un gasto de más de 100.000 millones de dólares, los genetistas sólo habían hallado una base muy limitada para las enfermedades humanas.

2.5. El ADN es un fluido que vibra y se pliega según las vibraciones del corazón

«En la célula viva, la imagen es la de una molécula de ADN que gira y se retuerce como un danzarín demoníaco envuelto en una nube de proteínas que pululan alrededor» (Sandín, 2002). El ADN es un fluido que vibra. Sin embargo, se sigue mostrando en los textos escolares como un «código de barras estático o un collar de perlas» al que se pueda quitar y poner los genes.

En un estudio pionero realizado en el Instituto HeartMath (<https://www.heartmath.org/>), se demuestra que el ADN cambia de forma según la intención. El ADN, se alargaba cuando los investigadores sintieron gratitud y amor. Y el ADN se apretaba y acortaba cuando los investigadores sintieron rabia, miedo o estrés. (McCraty, Atkinson and Tomasino, 2003).

El cardiólogo español, Torrent Guasp (1931-2005) centró su tarea de investigación en la anatomía y función del corazón en humanos y dijo que los ventrículos del corazón pueden estar abiertos como una banda muscular lineal, igual que la espiral del ADN. La electricidad entra por los ventrículos y crea un campo magnético en espiral y afecta a cada molécula del ADN. Es una resonancia entre el corazón, (el latido, el calor, la frecuencia, su campo electromagnético) y la forma en que se pliega el ADN.

El campo electromagnético del corazón se extiende a más de 2 metros, alrededor del cuerpo en todas direcciones, es cinco mil veces más potente que el del cerebro y se ordena con las emociones positivas. (Figura 6)

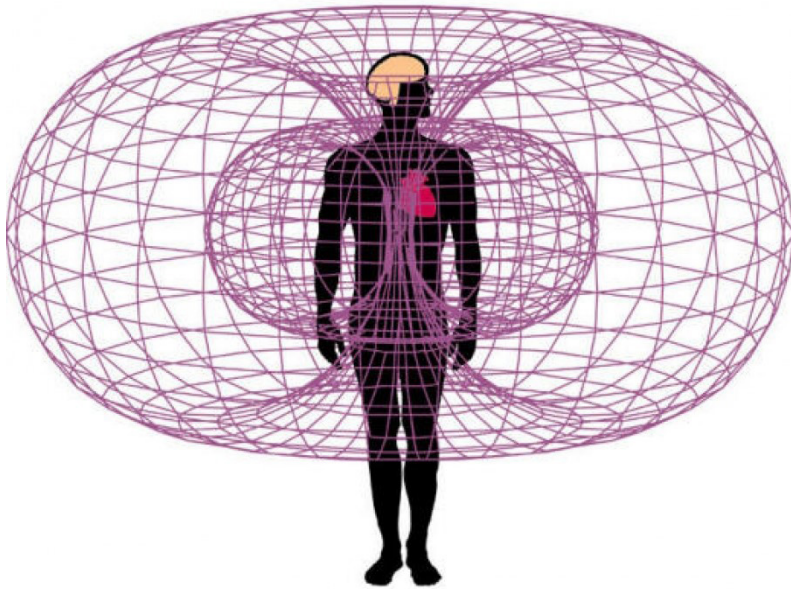


Figura 6. Representación del campo electromagnético del corazón.
Fuente: HeartMath Institute.

2.6. ¿Somos más otros que nosotros? ¿Somos bacterias y virus? ¿Qué convierte en patógenos a los microbios?

La Física moderna nos muestra que todo está conectado y la nueva Biología nos descubre que las bacterias cumplen un papel fundamental en el mantenimiento de la vida. Y en el ser humano su número es superior al de sus células componentes. Además, todos los orgánulos de las células de nuestro cuerpo son antiguas bacterias, según la teoría de la «simbiogénesis seriada»

Margulis (1967). Y en el interior de nuestras células, el 9% del genoma humano (Figura 6) corresponde a secuencias de virus endógenos, que cumplen funciones imprescindibles para la vida, como la formación de la placenta. Y sólo 1,5% a los llamados genes Sandín (2002). (Figura 7). Una prueba importante que demuestra el funcionamiento conjunto en la vida frente a la lucha competitiva. Lo que convierte en patógenos a los microbios es la alteración del medio, el campo, el terreno, Pasteur poco antes de morir así lo expresaba.

Composición del genoma humano

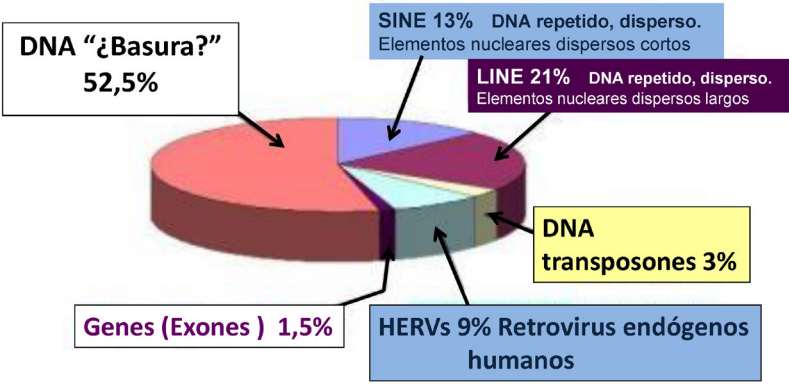


Figura 7. Composición del genoma humano. Fuente: adaptado de Sandín (2001).

2.7. El primer hábitat del ser humano. El útero

El útero materno, el hábitat donde transcurren los primeros meses de nuestra vida, es un órgano «invisible» en los textos escolares que no explican nada sobre las características de su musculatura o del cérvix, con lo cual es imposible conocer la dinámica del parto natural y las condiciones que facilitan partos entrañables y gozosos. Ignoran la dimensión fértil del ser humano, porque tampoco se explica la fertilidad y los cambios a lo largo del ciclo femenino. El útero es un órgano que guarda la proporción aurea cuando la fertilidad es máxima y contiene un tipo de células madre que son capaces de frenar el desarrollo del cáncer. Tampoco se cuenta nada sobre El «cérvix uterino», «un órgano de precisión tan complejo como el ojo humano», según el profesor sueco Odeblad, el máximo referente mundial en investigaciones sobre el cuello uterino y sus secreciones, describió en 1960 los diferentes tipos de mucus cervical y su relación con la fertilidad.

Influyentes visionarios han señalado la trascendencia del útero. Según Reich (1956) mientras los úteros estuvieran contraídos y fueran espásticos los nacimientos serían dolorosos. Para Odent (2008) la ecología del útero como primer hábitat del ser humano y por lo tanto la salud de las madres durante la gestación, deberían ser una prioridad en salud pública. Y para Verny (2003) «La vida uterina es la primera escuela».

El libro «Pariremos con placer» (Rodrigáñez, 2014) presenta investigaciones sobre la función fisiológica natural del útero, el parto orgásmico y la recuperación del útero espástico para lo cual señala al orgasmo como la vía principal de su «rehabilitación» así como un cambio de actitud en general ante el placer.

2.8. La concepción

El neodarwinismo y el mecanicismo que impregna las explicaciones de la concepción en los textos escolares es otro tema pendiente de subsanar porque la ciencia ya ha demostrado que los espermatozoides no compiten, sino que cooperan, todos son necesarios, para que uno de ellos se una con el óvulo mediante un reconocimiento y cortejo y la fecundación se da mediante una aproximación, un acercamiento, un reconocimiento, un cortejo, óvulo y espermatozoide, funden sus membranas y sus núcleos en un abrazo transformador, de dos células, en una, nuestra primera célula. Un abrazo, como se da entre las personas, una danza celular, en la que los espermatozoides se orientan y rodean el óvulo, en una coreografía radial y el óvulo empiezan a girar, en un encuentro que puede durar horas. Se nos olvida que «la célula es la expresión concreta de la idea abstracta de la vida» (Quinton, 1904). Así como la importancia del movimiento y el gesto en la concepción humana (Wal van der, 2015).

El mejor comienzo para la vida sería mediante una concepción consciente, con el amor y deseo de nuestra madre y nuestro padre. Sin embargo no siempre es así, tal y como se puede comprobar mediante las terapias de renacimiento y regresión.

El mejor hábitat para la concepción es el deseo amoroso, los pensamientos, sentimientos y emociones de la madre y del padre, es la energía creadora y formadora que impregnará a la criatura. El sentimiento que los padres tienen y lo que hablan, el uno con el otro al concebir, son importantes condiciones de programación del código genético (Lipton, 2005).

La importancia de la concepción consciente tampoco se explica en los textos escolares, en cambio informan sobre las técnicas de reproducción artificial y ninguna explicación sobre las causas del aumento de la infertilidad en la actualidad. Tampoco aparece ninguna referencia sobre la eficacia de la «Naprotecnología», que

ofrece alternativas naturales contra dicha infertilidad, utilizando entre otros análisis el del mucus cervical, su aspecto, como por ejemplo los centímetros que se extiende sin romperse...etc. y está logrando un porcentaje de éxitos similares a la «fecundación in vitro», pero con la gran diferencia de que las parejas conciben a sus bebés mediante una relación sexual natural.

2.9. La gestación, tiempo de máxima formación e influencia

En los textos escolares se presenta la gestación, asociada a riesgo y enfermedad, de la misma forma que el parto y el nacimiento. «Hacer del embarazo una enfermedad y del parto una intervención quirúrgica es una de las formas más caricaturescas de medicalizar la vida cotidiana» (Odent, 2000).

La madre y el entorno familiar vive la gestación como si se tratara de una maratón en la que se tienen que superar numerosas pruebas para descartar sospechas. Ese temor ante los resultados se convierte en sí mismo en un peligro que repercute automáticamente a su bebé. Como dice la ecofeminista «Vandana Shiva», se ha transformado a la mujer en un recipiente, rompiendo el vínculo entre ella y su criatura. «De creadoras y sustentadoras de la vida, la naturaleza y la mujer están reducidas a ser recursos en el modelo del mal desarrollo fragmentado y contrario a la vida». (Shiva, 1995).

Los meses de gestación son necesarios para el desarrollo del nuevo ser y también para la transformación necesaria de la madre y el padre, para ampliar la conciencia y transmutar los miedos en confianza. La gestación, es el momento de abrirse y abrazar la vida, comunicar con la criatura, en una conexión permanente; hay muchas vías, muchos lenguajes, escribiendo un diario, dibujando, pintando, tejiendo, cosiendo; paseando al aire libre, con los pies descalzos. Contemplando la naturaleza; cantando; bailando; comiendo sano; acariciando y dejándose acariciar; escuchando

música; compartiendo con otras madres; agradeciendo a la vida, al destino, a la propia criatura, a la naturaleza, a la divinidad, al cielo el poder vivir la experiencia de la maternidad confiando en la naturaleza sagrada de la nueva vida.

Sin embargo, nada de esto aparece en los libros de texto que disocian la gestación de la salud.

2.10. Parto, nacimiento y lactancia materna

Estudiar el parto, el nacimiento y la lactancia materna desde la perspectiva de la ecología permite comprender la importancia que tienen las condiciones ambientales para facilitar o interferir su fisiología.

Como mínimo los textos escolares deberían una referencia al documento de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN), aprobada por el Ministerio de Sanidad. Según la cual se propone: Revisar las prácticas actuales en la atención al parto, eliminar intervenciones innecesarias e incorporar nuevas alternativas a las ya existentes. Diseñar un plan para aumentar la calidez y calidad en la atención al parto, mejorando los aspectos humanos sin perder los logros alcanzados en seguridad y buena atención. Y define así el parto y el nacimiento:

El parto normal es un proceso fisiológico que evoluciona de forma espontánea y en el que no habría que hacer nada, respetando la fisiología y el ritmo propio de cada mujer. El nacimiento es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de las personas y las familias, es el modo en que se abre la puerta a la vida, y nos marca con una huella indeleble. Que la experiencia sea satisfactoria, íntima y placentera depende de ese factor que hoy llamamos humanización. Respetar la fisiología y el ritmo de cada mujer para parir y cada bebé para nacer facilita que el proceso ocurra de la forma más segura, si no hay razones para intervenir. El objetivo de la Estrategia, según recomiendan

los más recientes estudios científicos, es devolver al parto el lugar que le corresponde dentro de la esfera de la vida íntima, la salud y la sexualidad de la mujer, dejar de tratarlo de forma similar a una enfermedad. Ministerio de Sanidad, EAPN (Estrategia de Atención al Parto Normal). (Ministerio de Sanidad, 2007).

Los libros de Biología tampoco explican la anatomía ni la fisiología de la lactancia materna, ni la bioquímica de la leche humana y sus ventajas para la salud. Las glándulas mamarias son glándulas nutricias sustentadoras de la vida, y las células del tejido epitelial glandular son capaces de transformar los nutrientes de la sangre en leche, la más dulce de todos los mamíferos porque es la que contiene más cantidad de lactosa, imprescindible para el desarrollo del cerebro. Y también son capaces de formar anticuerpos a medida, las llamadas «IgA», frente a los microbios patógenos. La leche materna es información al servicio del desarrollo y de la vida. La glándula mamaria está invisibilizada, igual que sucede con el útero. Además, se presentan conceptos erróneos sobre la episiotomía, el corte del cordón, imágenes de mujeres de parto, tumbadas (es la posición que más dificulta el parto), o separadas de sus bebés recién nacidos que toman biberón en vez de mamar del pecho de su madre. En el trasfondo de los textos se asocia la experiencia del parto con sufrimiento, ocultando que puede ser una experiencia saludable y gratificante si se respetan y cumplen las recomendaciones de la EAPN.

Las guías educativas «Bebés y cachorros. Los humanos también somos mamíferos» (Blázquez, 2008) y «La ecología al comienzo de nuestra vida» (Blázquez, 2010), ofrecen materiales y recursos educativos para Educación Secundaria y Bachillerato, sobre algunos de los temas expuestos, con la finalidad de paliar el vacío existente en el currículo escolar.

3. Formación del Profesorado

La motivación y entusiasmo por la educación prenatal puede surgir por diferentes vías o experiencias. Descubriendo cómo ha influido la huella prenatal en nuestra salud o en nuestras relaciones con los demás. También con la alquimia transformadora de la maternidad y paternidad. Y para muchos autores y terapeutas, con su propia historia de vida y observando en sus pacientes los efectos de los factores de riesgo que hubo durante su gestación y/o nacimiento. Y sin duda una de las contribuciones más valiosas ha sido el Banco de datos de la Investigación en Salud Primal (Odent, 1986), que facilitó el conocimiento de estudios epidemiológicos que de otra forma hubieran pasado desapercibidos. Sin embargo, la Pedagogía prenatal es un ámbito desconocido.

La Pedagogía Prenatal, no es un tema o un reto. Es una ciencia de la educación emergente. Como el resto de la Pedagogía, es un ámbito prejuizado, ignorado, poco conocido. Como la demás Pedagogía, es crucial para la formación, pero al comprenderse mal, se demanda poco o no se demanda. Por eso podríamos conceptualarla como ámbito científico radical (Herrán, 2015).

Se colige de lo anterior que la formación en educación prenatal se debería nutrir de una Pedagogía y una Biología más conscientes y abiertas con base en la conciencia. Requerirían de sus profesionales e investigadores de una transformación personal del ego a la conciencia, pues más que de añadir contenidos a temarios para llevarla a las aulas, consistiría en un cambio de enfoque. Una Pedagogía y una Biología más conscientes se basan en el amor consciente. Para ello es necesario facilitar el conocimiento científico del período prenatal, y recursos y terapias y metodologías basadas en la energía, que pueden cambiar la programación del subconsciente, al disolver y liberar las emociones atrapadas al comienzo de la vida. Por ejemplo, las técnicas de renacimiento (Becerra, 2012) y de regresión; la relajación profunda o «Anatheóresis» (Grau, 1996); la «Medicina

de la Persona» (Moya, 2016); el «Código de la Emoción» (Nelson, 2007). Porque, si el futuro se decide antes de nacer, también se puede cambiar en cualquier momento de la vida posterior (Imbert, 2004).

4. Conclusiones

Nuestra madre y nuestro padre son nuestros primeros maestros, así como nuestra familia y la comunidad. La ciencia ha comprobado que todo lo que acontece durante el comienzo de nuestra vida, incluso desde antes de la concepción, nos influye a lo largo de la vida posterior.

Cambiar la educación para cambiar el mundo es una máxima pendiente de concretar. En los colectivos de la constelación de la maternidad se repiten varias:

«La civilización comenzará el día en que la preocupación por el bienestar de los recién nacidos prevalezca sobre cualquier otra consideración» Reich (1950); «Los efectos más importantes en el ser humano son los efectos que se producen en el periodo perinatal» Odent (2002); «La palabra más antigua que designa libertad, es «amargi», expresión sumeria que significa el retorno a la madre». (Manifiesto Amaryi, 2007); «La paz, la seguridad y el bienestar de cada individuo se gestan antes de nacer» (ANEP, Asociación Española de Educación Prenatal).

Lograr que las ciencias del inicio de la vida sean el pilar básico para una educación centrada en la vida, requiere entre otras transformaciones importantes lo siguiente:

- Inclusión de La Pedagogía Prenatal en el ámbito epistemológico de esta ciencia.
- Inclusión en los libros de texto de Biología de aquellos conceptos básicos para la educación prenatal, teniendo en cuenta las siguientes cuestiones:

- Estudiar el comienzo de la vida desde una perspectiva ecológica.
- El útero como primer hábitat. Conocer su fisiología natural y comprender la diferencia entre el útero espástico y la capacidad orgástica. Conocer la fisiología de la fertilidad y las causas que provocan la infertilidad (tóxicos ambientales). La concepción consciente como el mejor comienzo para la vida y la gestación, un tiempo de máxima formación e influencia, para ampliar la conciencia y transmutar los miedos en confianza. Así como el parto y la lactancia materna como actos saludables (Estrategia de Atención al Parto Normal, Ministerio de Sanidad).
- Conocer nuestra capacidad de «guardar memoria» o conectar con la información de todo lo que ha acontecido durante nuestra vida intrauterina, así como la de disolver y liberar las emociones atrapadas mediante diferentes recursos.
- Todas las células de nuestro organismo están conectadas mediante una red de comunicación, (química, eléctrica y electrónica) de alta velocidad, que conecta todas las partes del cuerpo, incluyendo las células y núcleos, según la teoría de la «matriz viviente». Y el agua de nuestro organismo, «agua viva», se comporta como una matriz organizada capaz de transportar señales, vibraciones e información en un instante.
- Somos algo más que una reacción bioquímica, somos un sistema nervioso energético que conduce paquetes de energía e información. No es la materia sino la mente o el espíritu lo que es primordial aunque no se defina como espíritu sino como campos de energía inteligente.

- Conocer que no estamos determinados por los genes. Incluir el estudio de la Epigenética para conocer la influencia del entorno (alimentación, aire, agua, pensamientos, emociones) en la modificación de los genes. Así como el papel mediador de los microtúbulos. El ADN es un fluido que vibra y se puede transformar según la influencia del sonido, (la expresión verbal más la emoción y la intención), las vibraciones del corazón.
- Depurar y subsanar las distorsiones informativas sobre biotecnología (clonación, hijos a la carta, terapia génica, transgénicos, etc).
- Formación del profesorado en Pedagogía prenatal, creando espacios y encuentros que faciliten su motivación para ahondar en el autoconocimiento y profundizar en la propia existencia. Abandonar el reduccionismo y adoctrinamiento del materialismo y mecanicismo imperante. Reuniendo ciencia, conciencia y espiritualidad.

5. Referencias

- Atlas municipal de mortalidad por cáncer y otras causas en España. (1989-1998). Instituto Carlos III Madrid. Centro Nacional de Epidemiología, utiliza datos de un millón de muertes por cáncer registradas en España entre 1989 y 2008. Recuperado de <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=19/10/2012-723foc7ecd>
- Becerra, M. L. (2012). *Nacimos para triunfar*. Tenerife: Obstore.
- Blázquez, M. J. (2008). *Bebés y cachorros. Los humanos también somos mamíferos*. Zaragoza: Tierra Ediciones.
- Blázquez, M.J. (2010). *La ecología al comienzo de nuestra vida*. Zaragoza. Tierra Ediciones. Recuperado de https://otrabiologia.files.wordpress.com/2015/11/eco_vida_libro_mjblazquez.pdf

- Chakravarti, A. (2011) Genomics is not enough. *Science*, 334 (15) DOI:10.1126/science.1214458.
- Escudero, A. (2008). En M. Shik Jhon, *El puzzle del agua y la clave hexagonal*. Zaragoza: Ecohabitar.
- Estany, L. (2011). *La vida intrauterina*. Recuperado de <http://lavidaintrauterina.blogspot.com.es/>
- Grau, J. (1996). *Tratado teórico-práctico de anatheóresis. Las claves de la enfermedad*. Joaquín Grau autor-editor.
- Hameroff, S.R. & Penrose, R. (2014). Consciousness in the universe: A review of the “Orch OR” theory. *Physics of Life Reviews* (11), 39-78.
- Heredia, D. (2012). El mito del gen: genética, epigenética y el bucle organismo ambiente. *Medicina Naturista*, 6 (1), 39-46.
- Herrán, A. de la (2015) Educación prenatal y Pedagogía prenatal. *Revista Iberoamericana de Educación* (69), 9-38. Recuperado de www.rieoei.org/deloslectores/7195.pdf
- Ho, M. W. (2009). *Ingeniería genética ¿sueño o pesadilla?* Barcelona: Gedisa.
- Ho, M. W. (2010). *El arco iris y el gusano. La física de los organismos*. World Scientific ISIS. Recuperado de <http://www.i-sis.org.uk/rnbwwrm.php>
- Imbert, C. (2004). *El futuro se decide antes de nacer. La terapia de la vida intrauterina*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Lipton, B. (2005). *La Biología de la creencia: la liberación del poder de la conciencia, la materia y los milagros*. Madrid. Palmyra.
- Kumar, S. (2014). *Tierra, alma y sociedad*. Barcelona. Kairós.
- Manifiesto Amaryi (2007). *Manifiesto para la recuperación de la maternidad*. Recuperado de <https://amaryi.wordpress.com/2007/03/21/manifiesto-para-la-recuperacion-de-la-maternidad-propuesta-de-reflexion/>

- Mc Craty, R., Atkinson, M., and Tomasino, D. (2003). Modulation of DNA conformation by heart focused intention. *Institute of Heart Math, Publication* n°. 03-008. Recuperado de <http://www.aiopro.info/drive/File/224.pdf>
- Margulis, L. (1967). On the origin of mitosing cells. *Journal of theoretical Biology*, 14 (3). Recuperado de http://works.bepress.com/lynn_margulis/36/ DOI: 10.1016/0022-5193(67)90079-3
- Ministerio de Sanidad (2007). *Estrategia de atención al parto normal*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm>
- Moya, F. (2016). El cáncer es fruto de la somatización de las emociones y se puede curar. *Revista Salud*, 30 diciembre, Madrid.
- Nelson, B. (2007). *El Código de la emoción. Cómo liberar tus emociones atrapadas para una abundante salud, amor y felicidad*. Nevada. Wellness Unmasked Publishing.
- Odent, M. (1986). *Primal health*. London: Century Hutchinson. Recuperado de <http://www.birthworks.org/primalhealth/>
- Odent, M. (2000). *La visión de la investigación en salud primal. Libro oficial de ponencias del I Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa* (pp. 157-162). Jerez de la Frontera.
- Odent, M. (2008). *Ecología prenatal*. Buenos Aires: Creavida.
- Odent, M. (2002). *La cientificación del amor*. Buenos Aires: Creavida.
- Oliva, A.M. (2014). *Lo que tu luz dice*. Málaga. Sirio.
- Oschman, J. (2008). *Medicina energética: la base científica*. Buenos Aires: Uriel Satori.
- Oschman, J (2012). Bases científicas de la Medicina energética. *IV Congreso Internacional Quantum*. Descargado el día 1 de marzo de 2017, <https://www.youtube.com/watch?v=yioDPUrxqI>
- Pollack, G. (2013). *La cuarta fase del agua. Más allá del sólido, líquido y vapor*. Sevilla. Paperback.

- Quinon, R. (1904). *Leau de mer milieu organique* (Collection sciences du vivant). Dirigée. Encre. Sté Arys.
- Reich, W. (1950). Tema monográfico del Centro de Investigación Orgonómico Infantil. *Segunda Conferencia Internacional de Orgonomía*. Orgone Energy Bulletin.
- Rodríguez, C. (2014). *Pariremos con placer*. Cauac/Crimtales. Recuperado de <https://sites.google.com/site/casildarodriganez/>
- Sandín, M. (2001). Las sorpresas del genoma. *Boletín de la Real Sociedad Española de Historia Natural. Sección Biológica*, 96 (3-4), 345-352.
- Sandín, M. (2002). Una nueva Biología para una nueva sociedad. *Revista política y sociedad* (39), 3.
- Sandín, M. (2009). *Pensando la evolución pensando la vida*. Murcia: CAUAC, Editorial Nativa (Crimtales).
- Sheldrake, R. (2013). *El espejismo de la Ciencia*. Barcelona: Kairós.
- Sheldrake, R. (2011). *Una nueva ciencia de la vida*. Barcelona: Kairós.
- Shik Jhon, M. (2008). *El puzle del agua y la clave hexagonal*. Zaragoza: Ecohabitar.
- Shiva, V. (1995). *Abrazar la vida*. Madrid: Horas y horas.
- Verny Th. (2003). *El futuro bebé. Arte y ciencia de ser padres*. Barcelona: Urano.
- Wal van der J. (2015). *El embrión en nosotros. Una Embriología dinámica basada en el enfoque fenomenológico*. Madrid: IAO.

PEDAGOGÍA PRENATAL: ESTUDIO COMPARATIVO DESDE LA VISIÓN DE PADRES E HIJOS

Resumen

1. Introducción
2. Objetivos
3. Metodología
 - 3.1. Población y muestra
 - 3.2. Diseño
 - 3.3. Materiales e instrumentos
 - 3.4. Procedimiento
4. Resultados
 - 4.1. Cuestionarios
 - 4.2. Entrevistas
5. Discusión y conclusiones
6. Referencias

PEDAGOGÍA PRENATAL: ESTUDIO COMPARATIVO DESDE LA VISIÓN DE PADRES E HIJOS

María Cinta Aguaded Gómez
M^a Auxiliadora Pascual Polonio

Resumen

Esta investigación trata de ofrecer una visión del contexto de pedagogía prenatal desde la perspectiva de los padres y de sus hijos. Para ello, recopilaremos información de las familias (8 madres y 8 padres en distintas situaciones y etapas: desde el embarazo hasta con niños adolescentes). Por otro lado, también hemos recogido la opinión de sus hijos con respecto al estilo educativo de sus padres, normas de educación y hábitos de crianza. Estos datos fueron recopilados mediante cuestionarios aplicados a la muestra de las madres. Así como entrevistas semi-estructuradas a los hijos. McCarty se deriva la importancia de la formación en pedagogía prenatal que tienen los padres, tanto manifestadas en sus opiniones como en la de sus hijos. La escasa formación que se ofrece desde las distintas instituciones repercute en su estilo educativo, en la comunicación con sus hijos, en la relación y en el afecto y sobre todo en las dificultades para la resolución de los problemas cotidianos. Por ello apostamos por una formación estructurada, formal y efectiva desde los ámbitos educativos y sociales, evitando así, actuaciones puntuales e inconexas y acciones dispersas que no solucionan el problema.

Palabras clave

Pedagogía prenatal, formación de padres, pautas educativas, estilo educativo

1. Introducción

La formación parental comprende un proceso de desarrollo individual que tiende a perfeccionar las capacidades de sentir, de imaginar, de comprender, de aprender, de utilizar unos conocimientos, así mismo caracterizado como conjunto de actividades voluntarias de aprendizaje por parte de los padres que tiene como objetivo proveer modelos adecuados de prácticas educativas en el contexto familiar y/o modificar y mejorar prácticas existentes con el objeto de promover comportamientos en los hijos que son juzgados positivamente y erradicar los que se consideran negativos (Bartau, Maganto y Etxeberria, 2004).

Por otro lado, sabemos que la necesidad de aprender a ser padres no es nueva, ya que fue en 1815 cuando un grupo de madre se constituyen como la primera “Asociación de madres de familia” para mejorar la vida familiar. A partir de este momento comienzan a aparecer publicaciones centradas en las temáticas; más adelante se celebra el primer “Congreso Nacional de Padres y Maestros” para ser en 1928 cuando se crea la primera Escuela de padres.

Del mismo modo, numerosas evaluaciones de distintos programas de formación de padres y madres del Ayuntamiento de Fuenlabrada (2016) corroboran que para que la investigación se califique como eficaz ha de tener las siguientes características:

- Participación activa.
- Intervenciones semi-estructuradas, que puedan adaptarse a las necesidades de los destinatarios.
- Combinación de información y conocimientos con apoyo emocional.
- Creación y promoción de sistemas de apoyo social entre los participantes.
- El educador ha de ser el guía del grupo.

- Tratamiento de los distintos ámbitos familiares (pareja, medio social..)
- Han de darse en los momentos de transición familiar como puede ser la adolescencia.
- Prolongadas en el tiempo para asegurar efectos a largo plazo.
- Además, se establecen distintos modelos de formación, que son los siguientes:
 - Informativo: Dar información útil para la vida (economía del hogar, higiene, alimentación...)
 - Instructivo: Busca dar estrategias de intervención desde el plano intelectual sobre actitudes y comportamientos.
 - Social: Trata el ser social de la persona, su necesidad de protección, aceptación, aprobación...

A partir de los tipos de formación más comunes como son las reuniones, los grupos de discusión, el ensayo conductual, la negociación, la observación o las escuelas de padres, se trabajan las distintas áreas que sustentan la formación de padres (Hernández, Guerrero, Tolino, & Ros, 2014).

Se han ido realizando algunas acciones aisladas para compensar la falta de formación en pedagogía prenatal que poseen los padres, así “*Edukame*”, se define como un sitio web que oferta una serie de cursos, retos a realizar en familia, aparte de información sobre la paternidad y maternidad con la posibilidad de dar respuesta a las dudas que se le puedan presentar a los padres mediante consultas³.

La “*Fundación Educativa Universidad de Padres*” que tiene como destinatarios no sólo a los padres y madres sino a los docentes y otros profesionales de la educación además de llevar a cabo un importante proyecto pedagógico así como la elaboración de programas de prevención o tratamiento de problemas educativos⁴.

³ <https://edukame.com/>

⁴ <http://universidaddepadres.es/>

Estas acciones aisladas pretenden compensar la necesidad de formar a los padres para dar soluciones y prevenir problemas conductuales durante las etapas más difíciles del desarrollo personal, como es la adolescencia.

Esta necesidad no sólo es percibida en España sino en otros países como el Reino Unido se va a implantar programa de escuelas para padres con el fin de mejorar el comportamiento y la disciplina de los hijos. Este aspecto se empieza a considerar necesario en España ya que para ser padre no se exige nada (Gallastegui, 2016).

Por otra parte sabemos que ser padre es una figura crucial a la hora de transmitir los valores y actitudes que todo niño necesita para desenvolverse bien en la sociedad (Fominaya, 2015).

Llegando a demostrar la necesidad de apoyo en la educación para los para así ayudar a los hijos a sacar lo mejor de sí mismos en un entorno cambiante. (Encinoso, 2016).

Tras haber evidenciado la necesidad de formación, observamos con ayuda de la Pedagogía Prenatal, como la educación es un proceso que no comienza en el nacimiento del bebé; sino que con los pensamientos, sentimientos y estados interiores se educa.

Participando en el fomento de los programas de educación prenatal, verificaremos el estímulo del aprendizaje y potencial de los niños durante la gestación y hasta el nacimiento, además de forman e informan a los futuros padres para que tomen conciencia del proceso educativo que se inicia desde el momento de la concepción.

Para lograr estos fines, se cuentan con diferentes técnicas y estrategias que pretenden favorecer el desarrollo del sistema nervioso, la comunicación, los vínculos afectivos con los padres.

Las técnicas de educación prenatal son variadas e inciden en distintos aspectos. La estimulación auditiva permite reconocer las voces y sonidos más familiares además de la reacción del feto ante estímulos luminosos y táctiles.

Estos deben ser sencillos, presentarlos de forma organizada, en un contexto coherente y repetitivo, constante, considerando la frecuencia, intensidad y el momento más adecuado.

Dichos programas facilitan un mayor desarrollo optimizando el desarrollo de los sentidos y favoreciendo el desarrollo de la comunicación, la coordinación viso motriz, la memoria y el razonamiento. Como resultados beneficiosos para los niños que participan en estos programas cabe señalar que aumentan las conexiones sinápticas e incrementan el potencial de desarrollo. (Carratalá, 2016)

Pero, ¿Poseen los padres formación en pedagogía prenatal para educar posteriormente a sus hijos? ¿Se considera importante? ¿Qué necesidad de formación necesitan?, ¿Cómo organizarían esta formación? Además, sería necesario también conocer: ¿qué opinión tienen sus hijos sobre la educación que reciben? ¿Qué mejorarían?

Este estudio se destaca por la importancia de analizar estos dos aspectos que nos darán pistas para implantar una pedagogía prenatal de calidad y al alcance de todos.

2. Objetivos

Nos plantearemos los siguientes objetivos:

Objetivos generales:

- d. Averiguar la formación que poseen los padres sobre pedagogía prenatal.
- e. Recoger información de los hijos sobre la calidad de la educación que les imparten desde su familia.

Objetivos específicos:

- 1. Analizar la importancia que asignan los padres a la pedagogía prenatal.
- 2. Establecer cuáles son los aspectos que requieren más formación.
- 3. Indagar en qué estructura se organiza esta formación y sus beneficios.
- 4. Recopilar la opinión que tienen los hijos de la educación que imparten sus padres.
- 5. Analizar la calidad que reciben.
- 6. Recoger propuestas de mejora.
- 7. Recopilar cómo cambian las opiniones según la edad de los hijos.
- 8. Conocer según el rol de que aspectos mejorarían de la relación con sus padres y que aspectos destacarían de sus padres.

3. Metodología

3.1. Población y muestra

La investigación contó con una muestra de 16 sujetos (8 padres y 8 madres) de entre 30 y 50 años con hijos de distintos grupo de edad de la ciudad de Córdoba. Cada uno de los sujetos presenta como mínimo la titulación en alguna rama de la formación profesional.

Además, se amplió con la participación de 4 niños, de entre 5 y 17 años, con una edad media de 11 años.

3.2. Diseño

El diseño de la investigación se definiría según la naturaleza de los objetivos como una investigación descriptiva que analiza una realidad para conocer esa necesidad de formación de los padres y la visión de los hijos sobre ello en pedagogía prenatal y destrezas para educar.

Según la naturaleza de los instrumentos de recogida de dato es de corte mixta ya que utilizamos los cuestionarios para la recogida de datos cuantitativos y entrevistas no estructuradas para datos cualitativos.

3.3. Materiales e instrumentos

En primer lugar, se utilizó el cuestionario porque es como un procedimiento que permite explorar cuestiones, obtener información, conocer la opinión pública y valores. Este se estructuró a partir de una serie de preguntas o ítems respecto a una o más variables a medir. Cuenta con preguntas cerradas con categorías fijas y delimitadas y abiertas no delimitando las alternativas de respuesta.

Para confeccionar este instrumento se procedió a la búsqueda de cuestionarios realizados por otros autores sobre la temática a trabajar, se adaptó y se redactaron las preguntas.

Para completar los datos obtenidos con el cuestionario se utilizó la entrevista con la que se recabó información cualitativa de forma verbal mediante preguntas, dicha técnica es imprescindible para relacionarse con los usuarios y recoger hechos.

Dentro de los tipos de entrevista, elegimos la no estructurada que permite que el entrevistador pueda formular preguntas imprevistas. Tiene la ventaja de la flexibilidad y da la posibilidad de explorar nuevas áreas.

3.4. Procedimiento

Una vez confeccionado el cuestionario, se configuró la muestra pretendiendo que esta fuera representativa. Tras definirla, se contactó con los sujetos para explicar en qué consistía la investigación y cuáles eran sus objetivos. Pasados unos días, se recogieron los cuestionarios y se realizaron las entrevistas para completar los datos.

Concretamos una cita, adaptadas los horarios de la familia, y en especial el de los niños. Estas se pasaron en un contexto normalizado neutral donde el niño se pudiera sentir cómodo tanto por la presencia del investigador como por la ausencia de sus padres creando un ambiente más distendido. Se grabaron y transcribieron para proceder a su análisis.

4. Resultados

4.1. Cuestionarios

A continuación, se recoge la información sobre pedagogía prenatal aportada por la familia en la cual la mujer está embarazada.

Tabla 1: Datos de familias con mujer embarazada

CUESTIONARIO EMBARAZO	
1. EDAD	Padre: 37 Madre: 37
2. MÁS HIJOS	NO
3. ABORTOS	NO
4. ESTUDIOS Y PROFESIÓN	P: Universidad/ Controlador de calidad M: Universidad/ Trabajadora social
5. EDUCACIÓN DE LOS PADRES	Padres
6. MIEDO COMO PADRES	No estudiar
7. DEFINICIÓN COMO PADRES	Autoritarios
8. ASPECTOS A TRABAJAR	-
9. PUNTOS FUERTES	Amor, respeto y tolerancia
10. PREPARACIÓN	Sí, por madurez y responsabilidad
11. MODELOS	Padres
12. RELACIÓN PADRES EN ADOLESCENCIA	P: 7 M: 6
13. NECESIDAD DE FORMACIÓN	No, diferencias en los niños
14. CUALIDAD Y DEFECTOS DE LA PAREJA	-
15. RELACIÓN PADRES INFANCIA	P: 9 M: 9
16. FUTUROS PROBLEMAS	Pareja
17. APOYO EN EL EQUIPO DOCENTE	Depende
18. ACUERDO SOCIEDAD	Sí
19. NORMAS DE CONVIVENCIA	-
20. MÁS COMUNICACIÓN EN CASA	No TV ni móvil en momentos juntos
21. AFECTO DIARIO	Sí, protección y aceptación
22. NO CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES	Enfado y castigos
23. SUPERACIÓN DE MIEDO	Afrontamiento
24. MÁS FORMACIÓN	Técnicas de estudio y trabajo intelectual
25. TIPO DE FORMACIÓN	Cursos intensivos de tipo práctico. Encuentros con el profesorado

Seguidamente se recogen los resultados del cuestionario de las familias que tenían hijos con edades comprendidas entre 3 y 6 años.

Tabla 2: Datos de familias con niños entre 3 y 6 años

CUESTIONARIO GRUPO 3-6 AÑOS		
	SUJETO 1	SUJETO 2
1. EDAD HIJO	3	3
2. EDAD	P: 31 M: 29	P: 34 M: 33
3. HIJOS	2	2
4. ESTUDIOS Y PROFESIÓN	P: Fp/ fabricante M: Diplomada/ trabajadora social	P: Fp/ Electricista M: Diplomada/ Ingeniera
5. EDUCACIÓN DE LOS PADRES	P: - M: Madre y padre	P: Padre y madre M: Padre y madre
6. SUPUESTA NOTA DEL HIJO	P: 10 M: 7	P: 8 M: 8
7. DEFINICIÓN COMO PADRES	Democráticos	Democráticos
8. ASPECTOS A TRABAJAR	Caprichos, permisos, juegos	No consentirlo, hacerlo más autónomo
9. PUNTOS FUERTES	Hábitos, horarios, respeto y cariño a la familia	Cariño, entrega y responsabilidad
10. MODELOS	Abuela materna	Padres
11. PREPARACIÓN INFANCIA	Sí	Sí, con ilusión y ganas
12. PREPARACIÓN ADOLESCENCIA.	Sí	Sí, intentaremos hacerlo lo mejor posible
13. NECESIDAD DE FORMACIÓN.	Sí, la educación es la base de los principios.	Sí, siempre es bueno aprender.
14. RELACIÓN CON HIJO	P: 10 M: 6	P: 9 M: 9

15. PROBLEMAS	Abuela materna	Padres
16. APOYO EN EL EQUIPO DOCENTE	Sí	Sí, por supuesto
17. ACUERDO EDUCACIÓN	Sí	Sí
18. NORMAS DE CONVIVENCIA	Sí	Sí
19. COMUNICATIVO	Sí	Sí
20. AFECTO DIARIO	Sí, es necesario para el desarrollo y crecimiento personal	Sí, lo queremos y es necesario expresarlo.
21. NO CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES	Reflexionar y castigo si fuera necesaria.	Reconducción hasta que cumple.
22. MIEDO	Acude al padre y madre, porque existe confianza.	A la madre, pasa más tiempo con él
23. MÁS FORMACIÓN	Normas de comportamiento	Adquisición de hábitos
24. TIPO DE FORMACIÓN	Encuentros entre padres y madres. Encuentros con el profesorado. Encuentros con orientadores y equipos directivos.	Cursos intensivos de tipo práctico.

En el siguiente cuadro se expone la información aportada por los padres de hijos de entre 7 y 12 años.

Tabla 3: Datos de familias con niños entre 7 y 12 años

CUESTIONARIO GRUPO 7-12 AÑOS		
	SUJETO 1	SUJETO 2
1. EDAD HIJO	9	11
2. EDAD	P: 37 M: 36	P: 39 M: 43
3. HIJOS	2	3
4. ESTUDIOS Y PROFESIÓN	P: Grado medio/ Técnico telecomunicaciones M: Grado superior/ Administrativa	P: Universidad/ Profesor de universidad M: Universidad/ Profesora de ESO y Bach.
5. EDUCACIÓN DE LOS PADRES	P: Padres M: Madre	P: Padres M: Padres
6. SUPUESTA NOTA DEL HIJO	P: 9 M: 9	P: 10 M: 10
7. DEFINICIÓN COMO PADRES	Democráticos	Democráticos
8. ASPECTOS A TRABAJAR	Consentimiento	Menor exigencia, menos enfados y más paciencia.
9. PUNTOS FUERTES	Educación, modales, autoridad	Amor, entrega, unidad de criterios, diálogo y valor del esfuerzo.
10. MODELOS	Padres	Padres
11. PREPARACIÓN INFANCIA	Sí	Sí, pero vas aprendiendo mucho. Teoría y práctica son muy distintas.
12. PREPARACIÓN ADOLESCENCIA.	Sí	Sí, aunque nos da respeto.

13. NECESIDAD DE FORMACIÓN.	No	Sí, porque creamos niños poco autónomos, muy protegidos
14. RELACIÓN CON HIJO	P: 10 M: 10	P: 10 M: 10
15. PROBLEMAS	A nadie	Padres, hermanos, profesores y especialistas.
16. APOYO EN EL EQUIPO DOCENTE	Sí	Sí
17. ACUERDO EDUCACIÓN	Sí	Sí
18. NORMAS DE CONVIVENCIA	No	Sí
19. COMUNICATIVO	Sí	No
20. AFECTO DIARIO	Sí, es una actitud natural	Sí, nos besamos, abrazamos, escuchamos...
21. NO CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES	Castigos	Hablar, hacer que lo cumpla y si fuera necesario castigarlo
22. MIEDO	A los dos, se siente protegida	Sobre todo a su madre
23. MÁS FORMACIÓN	Alimentación saludable	Información sobre el TDA
24. TIPO DE FORMACIÓN	Cursos intensivos de tipo práctico	Cursos intensivos de tipo práctico, congresos y jornadas.

Y por último, se recogen los datos de las familias de hijos adolescentes con edades comprendidas entre 13 y 17 años.

Tabla 4: Datos de familias con niños entre 13 y 17 años

CUESTIONARIO GRUPO 13-17 AÑOS		
	SUJETO 1	SUJETO 2
1. EDAD HIJO	15	16
2. EDAD	P: 45 M: 46	P: 47 M: 49
3. HIJOS	2	1
4. ESTUDIOS Y PROFESIÓN	P: Fp superior M: Fp superior	P: Hostelería M: Ama de casa
5. EDUCACIÓN DE LOS PADRES	P: Madre M: Padres	P: Padres M: Padres
6. SUPUESTA NOTA DEL HIJO	P: 9 M: 10	P: 9 M: 9
7. DEFINICIÓN COMO PADRES	Autoritarios/ democráticos	Permisivos
8. ASPECTOS A TRABAJAR	Conversación	Enseñanza, madurez
9. PUNTOS FUERTES	Escucha, implicación, seguimiento, valores	Educación, confianza
10. MODELOS	Abuela paterna y abuelo materno	Padres
11. PREPARACIÓN INFANCIA	Sí	Sí, aunque por rachas
12. RELACIÓN ADOLESCENCIA	P: 8 M: 9 Implicación en su forma de vida y necesidades	P: 8 M: 9 La madre pasa más tiempo, el padre trabaja.
13. NECESIDAD DE FORMACIÓN	Sí, observan que muchas familias no escuchan a sus hijos	Sí, para ser padres se necesita ayuda
14. CUALIDADES/ DEFECTOS	Bondad, atención, compañerismo, valentía, insistencia e inmadurez	Extrovertida, constante y empática Reservada, caprichosa y testaruda

15. RELACIÓN INFANCIA.	P: 8 M: 10 Por falta de tiempo. Trabajo	P: 7 M: 9 Por trabajo.
16. PROBLEMAS	Psicólogos	Entre nosotros y la familia
17. APOYO EN EL EQUIPO DOCENTE	Sí	Sí
18. ACUERDO EDUCACIÓN	Sí	Casi siempre
19. NORMAS DE CONVIVENCIA	Sí	Sí
20. COMUNICATIVO	Regular	Sí
21. AFECTO DIARIO	Sí	Sí, por transmisión de cariño
22. NO CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES	Corrección y sanción	Hablamos
23. MIEDO	Madre	A veces a nosotros, aunque normalmente no
24. MÁS FORMACIÓN	Técnicas de estudio y trabajo intelectual. Actividades de ocio y tiempo libre	Técnicas de estudio y trabajo intelectual, orientación para el futuro.
25. TIPO DE FORMACIÓN	Encuentros con orientadores y equipos directivos. Proyectos formativos a largo plazo	Encuentros con el profesorado, encuentros con orientadores y equipos directivos

Como complemento a los resultados de los anteriores grupos de edad se presenta la información aportada por los padres de un hijo o hija con parálisis cerebral.

Tabla 5: Datos de familias con hijos con parálisis cerebral

CUESTIONARIO DIVERSIDAD FUNCIONAL	
1. EDAD HIJO	13
2. EDAD	P: 50 M: 49
3. HIJOS	2
4. ESTUDIOS Y PROFESIÓN	P: Graduado social M: Maestra
5. EDUCACIÓN DE LOS PADRES	P: Padres M: Padres
6. SUPUESTA NOTA DEL HIJO	P: 9 M: 9
7. INFORMACIÓN	Al principio no teníamos información, la fuimos obteniendo a través de otros padres y del centro de atención temprana.
8. ASPECTOS A TRABAJAR	Más autonomía y menos protección
9. PUNTOS FUERTES	Cariño y paciencia
10. MODELOS	Padres
11. PREPARACIÓN INFANCIA	Sí, fueron hijos muy deseados. Aunque con miedo por no saber controlar ciertos aspectos.
12. ACTITUD FAMILIA	La familia se ha ido alejando por no saber actuar, y el otro hijo tiene muchos celos por la atención.
13. NECESIDAD DE FORMACIÓN	Sí, porque no se saben atender las necesidades especiales

14. RELACIÓN CON HIJO	P: 10 M: 10
15. PROBLEMAS	Si es de salud, al médico. No tenemos otro tipo de problemas.
16. APOYO EN EL CENTRO	Sí, tenemos buena coordinación
17. EDUCACIÓN	Sí
18. NORMAS DE CONVIVENCIA	Sí
19. COMUNICACIÓN	Muy buena, nos contamos todo sea del tema que sea. Es un niño muy abierto.
20. AFECTO DIARIO	Es un niño muy cariñoso, tenemos muchas muestras de cariño
21. COMPORTAMIENTOS NEGATIVOS	Explicamos por qué no se puede hacer, y cómo hay que actuar.
22. MIEDO	Padres y hermano
23. MÁS FORMACIÓN	Normas de comportamiento y relaciones con amigos y compañeros.
24. TIPO DE FORMACIÓN	Cursos intensivos de tipo práctico, encuentros con el profesorado, encuentros entre padres y madres, encuentros con orientadores y equipos directivos.
25. TIPO DE FORMACIÓN	Cursos intensivos de tipo práctico. Encuentros con el profesorado

4.2. Entrevistas

El siguiente cuadro expone y resume la información recogida en las entrevistas semi-estructuradas con los hijos.

Tabla 6: Datos de entrevistas con los hijos

	5	10	15	17
Datos	Profesora Empresario	Limpiadora 47 Panadero 52	Ama de casa 51 Madera 53	Profesora 55 Ingeniero 57
Cualidades padres	Cariñosos	M: Cariñosa P: Generoso y cocinero	M: Cariñosa P: Paciente	M: Sincera, organizada P: Tranquilo, divertido
Defectos padres	-----	Enfadados	Enfadados	M: Cabezona y maniática P: Siempre tiene la razón.
Hermanos	No	Sí, buena relación.	Sí, cordial.	Sí, ha mejorado.
Mal comportamiento	Riñas	Sin móvil	Hacerlo, sin castigo	Nunca castigos
Nuevas Tecnologías	Sí, para videojuegos.	Sí, muy controlado.	Sí, sin control.	Sí, sin control.
Hábitos	Colegio, actividades extraescolares.	Colegio, tareas, actividades extraescolares	Colegio, actividades extraescolares	Colegio, amigos
Ocio	En familia	En familia	Con amigos	Con amigos
Puntuación	10	10	10	9
Confianza	Sí	Sí	No	No
Afecto	Sí	Sí	Sí	Sí
Obligaciones	Sí	No	No	Sí
Amigos	-----	Mixto, poco evolucionado	Niños	Mixto

5. Discusión y Conclusiones

De los resultados obtenidos y contrastados en los cuestionarios con los padres y las entrevistas con los hijos destacamos lo siguiente:

La profesión y estudios de los padres no influye en la percepción sobre la necesidad de formación para ellos. Tanto los que poseen formación académica reglada de rango superior como los de rango medio, piensan que la formación en pedagogía prenatal es necesaria e indispensable.

El grado de comunicación no influye en su relación de afecto”, ya que todos los sujetos investigados afirman tener una relación de afecto para con su hijo pero, por el contrario no todos ellos presentan una comunicación fluida. Este dato se contradice con los aportados por los hijos que se lamentan de falta de comunicación de sus padres y también de falta de afecto, ocasionadas por el factor tiempo. Los hijos piensan que no les quieren y no les atienden en el aspecto afectivo.

El sexo no parece tener relación con la presencia de obligaciones en las tareas del hogar” Tener obligaciones en el hogar se relaciona de manera más explícita con el factor de la edad y la creación de hábitos, careciendo de estas desde la última etapa de la infancia y hasta la adolescencia más tardía. Este dato hay que contrastarlo con la opinión de los hijos, que piensan que las niñas reciben más obligaciones que los niños dentro del hogar, sobre todo relacionada con el cuidado de familiares enfermos y labores domésticas.

La formación de padres podría servir de ayuda para técnicas de estudio, ayuda en tareas escolares. Los hijos no tienen esta visión, puesto que aunque se les ayude en las tareas, la actitud de ellos es de poca paciencia y de mucho castigo si presentan dificultades al realizarlas. Por tanto aunque los padres de mayor formación académica puedan formalmente ayudar más a sus hijos, es la actitud ante la ayuda la que favorece que esa ayuda sea realizada

con éxito. Los hijos dicen que les ayudan a hacer las tareas con buenos modos, si no que les obligan a hacerlas riñéndoles mucho y castigándoles si no las hacen.

Apuntan como aspectos a trabajar: favorecer la autonomía personal de sus hijos y la eliminación de caprichos. Los hijos piensan que no les dan autonomía, que no les dejan hacer nada solos, que les compran muchas cosas o nos le compran lo que quieren.

La mayoría definen su estilo de educación como democrático, pero sus respuestas denotan la incapacidad de mantenerse en este estilo, oscilando entre el autoritario y el permisivo según la ocasión. Esto genera en los hijos un desequilibrio y mayor dificultad para la adquisición de normas. Ellos comentan que a veces no saben porque les castigan o les refuerzan. Además, los hijos alegan que el mayor problema que presentan es en la implantación de la autoridad con nervios y peleas.

Los padres creen mucho en el equipo docente, pensando que la escuela realiza una gran labor para compensar pautas incorrectas en la implantación de normas.

Se fomenta poco la comunicación. El hogar se vive en solitario. Cada uno hace una cosa y pocas en común. A medida que los hijos crecen, esto se acentúa. En este aspecto están de acuerdo padres e hijos, aunque la queja de los hijos es mayor.

Los padres tienen miedo de que no estén educando bien, ante el desconocimiento para hacerlo, acuden a recetas que utilizaron sus antepasados o los propios recursos que ellos crean, sin un respaldo científico de lo que acometen. Los hijos piensan que no les educan bien, les riñen siempre por todo, no razonan cuando les castigan. Se ponen a pelear mucho entre ellos y ellos piensan que es su causa. Dicen que educarían a sus hijos de manera muy distinta.

El mayor deseo de los padres es aprender a educar y el de los niños ser felices.

Atendiendo a estos resultados podremos concluir que existe un malestar generalizado en la formación que contamos para ser padres y la importancia de formarse en pedagogía prenatal ante de serlo. Según ellos, los aspectos que deben tratarse son:

- Cómo dar autonomía a los hijos.
- Etapas de desarrollo y cómo saber afrontarlas.
- Establecer hábitos y normas .
- Criterios educativos uniformes en las parejas.
- La comunicación en la familia.
- Situarse en un estilo democrático abandonando el autoritarismo y la permisividad.

Los hijos demandan una serie de cambios en el estilo educativo de los padres:

- Un acuerdo entre ellos.
- Mayor comunicación y afecto.
- Establecimiento de normas y hábitos.
- Más tranquilidad en casa y más compartir actividades.
- Hacer deberes sin enfados.
- Ser más feliz.

Si comparamos estas perspectivas observamos que se demuestran las limitaciones en formación de los padres vivenciadas también por los hijos. Algunos aspectos que consideran los padres que funcionan bien los hijos no lo perciben. Existen por tanto deficiencias en formación que repercute en el bienestar del hogar. Por tanto este estudio delimita las dificultades educativas en padres y pone de manifiesto la perspectiva de los hijos demandando comunicación, afectos y normas. De este estudio se desprende los temas que habría que abordar desde la pedagogía prenatal para compensarlos.

Concluimos que socialmente se llega a considerar de vital importancia la formación de padres reclamándose así metodologías como cursos formativos de tipo práctico, encuentros con el profesorado, orientadores y equipos directivos, desde perspectivas institucionales y regladas, no como acciones esporádicas y puntuales.

6. Referencias

- Ayuntamiento de Fuenlabrada. (s.f.). Recuperado el 8 de diciembre de 2016, de Ayuntamiento de Fuenlabrada: www.ayto-fuenlabrada.es/recursos/doc/bienestar.../14572_2342342012122840.pdf
- Bartau, I., Maganto, J., & Etxeberría, J. (s.f.). Los programas de formación de padres: una experiencia educativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, 1.
- Carratalá, F. (16 de marzo de 2016). *Colegio Oficial de Doctores y Licenciandos en Filosofía y Letras y en Ciencias*. Recuperado el 8 de diciembre de 2016, de Colegio Oficial de Doctores y Licenciandos en Filosofía y Letras y en Ciencias.: <https://www.cdilmadrid.org/archivos/pedagogiao32016.pdf>
- Encinoso, S. (2016). Para ser padre también hay que estudiar. *El Día*.
- Fominaya, C. (2015). Guía para ser buenos padres en 2015. *ABC*.
- Gallastegui, I. (2016). ¿Hay que estudiar para ser padre? *Sur*.
- Hernández, M. Á., Guerrero, C., Tolino, A., & Ros, R. (2014). *Universidad de Murcia*. Recuperado el 8 de diciembre de 2016, de Universidad de Murcia: ocw.um.es/cc.-sociales/familia-y-escuela.-formacion-de-padres/...de.../tema4y5.pdf

REFLEXIONES EN TORNO A UNA DIDÁCTICA DE LA EDAD PRENATAL

Resumen

1. Introducción
2. Referencias biológicas sobre la evolución del cerebro en la fase prenatal
 - 2.1. Formación y funcionamiento de las estructuras cerebrales
 - 2.2. Las sinapsis
 - 2.3. Los periodos críticos
3. La neuroeducación y el aprendizaje prenatal
4. La Didáctica de la edad prenatal, ¿una nueva ciencia?
5. Consideraciones finales
6. Referencias

REFLEXIONES EN TORNO A UNA DIDÁCTICA DE LA EDAD PRENATAL

María Luisa García Rodríguez

Ana M^a Pinto Llorente

Marcos Cabezas González

Sonia Casillas Martín

Resumen

Atrás han quedado los tiempos en los que los aprendizajes se adquirían en la infancia y servían para toda la vida. Nos encontramos ante cambios vertiginosos que nos impiden prever los conocimientos que serán útiles en el futuro para satisfacer las necesidades que se presentarán. Esta certeza nos invita a postular el nuevo objetivo de “enseñar a aprender” -potenciando al máximo la capacidad de aprendizaje a lo largo de toda la vida- como recurso para responder a las sucesivas, y cada vez más rápidas, adaptaciones que requerirá la trayectoria vital humana. Pero, para toda persona, la etapa de aprendiz, lejos de prolongarse únicamente hacia las edades posteriores a la tradicional formación inicial, se extiende también -y esencialmente- hacia la importante fase anterior al nacimiento, por ser la que presenta mayores posibilidades de perfectibilidad. Haciéndonos eco del hecho de que cada vez más publicaciones científicas señalan la relevancia de la intervención en la fase prenatal, entendemos que la noticia de la posible llegada al mundo de un nuevo ser humano equivale actualmente al inicio de una carrera contra reloj por su educación. Enmarcado en una sucinta mirada a las necesidades del mundo en que nos ha tocado vivir, el trabajo se centra en recoger una síntesis de las principales aportaciones actuales en torno a la Pedagogía

Prenatal y trata de contribuir a la apertura de nuevos caminos con algunas propuestas. Todo ello ha impulsado la idea de que una posible nueva rama de la Pedagogía, denominada Didáctica de la Edad Prenatal, podría pasar a inscribirse, por derecho propio, en el ámbito de las Ciencias de la Educación.

Palabras clave

Edad prenatal, enseñanza-aprendizaje, Didáctica, aprendizaje precoz, periodos críticos.

I. Introducción

L. nació en 2017 semanas antes de la fecha prevista. Sus padres le habían aplicado durante meses un programa educativo de estimulación sensorial prenatal, cuyas manifestaciones son claramente apreciadas por las enfermeras de la unidad de neonatología. Aunque se trate únicamente de un caso, esta cercana y trascendente manifestación nos invita a abordar una serie de reflexiones sobre los retos que nos plantea la educación del futuro, entre los que se encuentra la generalización de la práctica educativa durante la edad anterior al nacimiento, con el convencimiento de que educar correctamente es la inversión más rentable para la calidad de la vida personal, familiar y de toda la humanidad. Además, desde el punto de vista económico, en palabras del Premio Nobel de Economía James Heckman, “hay mucha evidencia de que es muy productivo invertir en los primeros años de la vida.” (Heckman, 2011:109).

Volviendo la mirada a la historia de la educación, encontramos que Kant (2003) inició su obra “Pedagogía”, publicada en 1803 -un año antes de su muerte- recordando que la educabilidad es una característica de la condición humana y conceptualizando la educación como un noble ideal cuyas bases han de establecerse cosmopolitamente, de lo que se deduce que la persona puede y debe ser educada, para lo que necesita ayuda externa.

Una vez aceptadas estas premisas de partida –la importancia y la necesidad de la educación- siempre vigentes en la actual perspectiva de quienes tratamos de educar, muchas son las variables a considerar cuando se pretende tomar las decisiones que orientarán las complejas y difíciles tareas a realizar en la función educativa. Desde que Kant, en la mencionada obra, estimara la duración de la fase educativa aproximadamente hasta los dieciséis años (sin indicación de una edad de inicio), cuando la persona, a su vez, pueda llegar a ser padre –según precisaba-, por tanto, educador; es evidente que muchos han sido los

cambios acaecidos hasta nuestros días, cambios que han exigido y continúan exigiendo la revisión de planteamientos, ya que, como en este sentido afirmaba Ortega y Gasset (1978: 149):

...la ciencia de la educación será progresiva, evolutiva, cambiante y lábil, ya que el hombre y su ambiente socio-histórico no son estáticos. El hombre cambia en función de las fuerzas que él va generando. Las ciencias socio-humanas en este sentido son cambiantes y progresivas, lo mismo que el hombre a quien refieren su estudio. Esto obliga a las ciencias humanas y a la ciencia de la educación a un esfuerzo progresivo y continuado.

Aun reconociendo como cierta la consideración de Ortega, cuando el entorno era más estable, la formación se adquiría en un tiempo relativamente breve y servía para siempre. Sin embargo, estamos comprobando la imperiosa necesidad de aprendizaje a lo largo de toda la vida –empezando a considerarla desde el momento de la concepción- a la vez que la Escuela ha dejado de ser la institución social dedicada específicamente al aprendizaje y la infancia la etapa de la vida considerada como apropiada para aprender.

No obstante, sigue siendo en cada persona en quien radica y de quien dimana todo argumento que nos incita a la acción y la esperanza. En el siglo XXI estamos comprobando hasta qué punto la fuerza física ha cedido, definitiva y felizmente, su protagonismo a la mente, lo que ha originado que el conocimiento se perfile como la principal razón de la mayor transformación de las condiciones de vida de la historia de la humanidad.

Como consecuencia, actualmente parece innegable que las soluciones a los grandes retos de nuestro tiempo tienen una base educativa y que es en la educación donde se hallan las pautas para solucionar muchas desigualdades y situaciones de injusticia. “Afrontemos los retos de construir la paz, la prosperidad, el no-sexismo, el no-racismo y la democracia”, nos exhortaba Nelson Mandela en su discurso de investidura como presidente de Sudáfrica el 10 mayo 1994. En la consecución de una convivencia en libertad,

apoyada en la tolerancia, el pluralismo y la participación, el papel de la educación es trascendental. Por eso, resulta imprescindible tener presente la importancia esencial del ser humano y de su formación para lograr un desarrollo auténtico que debe surgir de una más extensa y más ilustrada participación de cada persona en la vida de la comunidad, partiendo del reconocimiento de la importancia del desarrollo cualitativo personal, dado que la mayor riqueza la constituye su inmenso potencial intelectual. Conviene tener en cuenta “aquello a lo que la Doctora Montessori dio mayor valor: la contribución para una paz universal que puede aportar el niño a la humanidad” (Montessori, 1982:17), dado que “los niños construyen una sociedad ordenada sin ayuda y resuelven sus problemas en paz y que los hombres no producen con los pies y con el cuerpo, sino con el espíritu y la inteligencia”, (Montessori, 1988b:358).

Ciertamente, la preponderancia del trabajo manual que tuvo lugar durante la era industrial ha dado paso a un nuevo entorno en el que predominan los “trabajadores del conocimiento” o trabajadores intelectuales. Intervienen esencialmente mediante sus saberes en lugar de fundamentalmente con sus manos y fueron denominados “knowledge workers” por Drucker (2007). En esta línea se sitúa la advertencia de Cheese, Thomas y Craig (2008) al considerar que, en su gran mayoría, el valor de las empresas proviene de los “activos intangibles”, tales como el conocimiento especializado de la producción, el conocimiento del mercado, las relaciones con los clientes y proveedores, y, obviamente las habilidades de los trabajadores. En definitiva, se refiere a los activos basados, de un modo u otro, en el talento humano.

Como se puede observar en este sentido, la distribución del saber está siendo el criterio central de la actual división internacional del trabajo. Este hecho conduce a ratificar que una exigencia de esta nueva etapa de la historia viene dada por la necesidad de basarse en el conocimiento, la educación y la imaginación. Todo parece indicar que el nuevo empleo será el

que utilice la capacidad creadora. Coherentemente, hemos de preparar a nuestros estudiantes para trabajos que aún no podemos imaginar, utilizar las tecnologías que se inventarán y resolver los problemas futuros. A este respecto César Alierta aseguraba en enero de 2016 que, según los datos que manejaba su compañía, el 65% de los estudiantes de Primaria trabajará en empleos que no existen todavía (J.H.P., 2016).

Al pretender educar para afrontar los múltiples desafíos que plantea la vida sobre la Tierra, y ante la dificultad para despejar actualmente numerosas incógnitas, se presenta la opción de desarrollar las dimensiones humanas con la finalidad de disponer las mentes infantiles para afrontar los nuevos retos que, a todo los niveles, se presentarán. La Pedagogía Prenatal, nueva rama disciplinar de la Pedagogía, promovida, entre otros autores por Hurtado, Cuadrado y De la Herrán (2015), De la Herrán (2015) y Gútiez (2016), viene a contribuir a seguir pretendiendo la paz en el mundo (Carballo y Vizcaíno, 2016) y a despertar la conciencia sobre el hecho de que la fase educativa más crucial sigue encontrándose desatendida. La constitución de la Asociación Nacional de Educación Prenatal (ANEP), con sede en Madrid, y la Organización Mundial de Asociaciones para la Educación Prenatal (OMAEP), están contribuyendo a dar soporte a esta trascendente tarea.

2. Referencias Biológicas Sobre la Evolución del Cerebro en la Fase Prenatal

Las investigaciones sobre la evolución cerebral en la fase prenatal aportan ciertas referencias biológicas de las que, inevitablemente, se ha de partir. Conducen a abordar recientes aportaciones de gran interés sobre la neuroeducación y el aprendizaje prenatal. Tras una detallada consideración de todas ellas se siente la llamada a considerar la posibilidad de reconocer como una nueva ciencia la Didáctica de la Edad Prenatal.

Para aproximarnos a la tarea de la educación nos interesa conocer especialmente el funcionamiento del cerebro. Partiendo de que “hay variaciones individuales en el proceso de desarrollo cerebral con fases de avance, estancamiento y progreso rápido” (Kovacs, 2000:166), pueden reconocerse ciertas generalidades que a continuación se intentan sintetizar.

2.1. Formación y funcionamiento de las estructuras cerebrales

Cien mil millones de neuronas configuran el cerebro humano –“la pieza más compleja del universo” (Bear, Connors y Paradiso, 2008:199)- en el momento del nacimiento. Cada una de ellas tiene capacidad de conectarse con muchas otras. Esa “obra de arte”, que constituye el órgano más importante para el proceso de aprendizaje, supone únicamente un muy pequeño porcentaje de la masa corporal –“el encéfalo humano es húmedo y esponjoso. Pesa alrededor de 1,4 Kg.” (Bear, Connors y Paradiso, 2008:206)-, pero consume más nutrientes y oxígeno que cualquier otro órgano. Según numerosas investigaciones solventes su capacidad es tal que, si se dedicaran todas las horas de cada día a guardar información en él, se necesitarían siglos para llenar su memoria.

Los cualificados autores anteriores, a quienes seguiremos en la elaboración de este apartado, especifican que el embrión comienza como un disco plano con tres capas de células diferentes: endodermo, mesodermo y ectodermo. El sistema nervioso y la piel provienen del ectodermo. Estas aportaciones de la Embriología fueron ya recogidas por Montessori (1988b), interpretándolas como demostración de que en el estrato exterior se encuentra el sistema nervioso porque se halla en relación con el ambiente, mientras la piel tiene la misión de proteger.

Continúan exponiendo que la porción del ectodermo que da lugar al sistema nervioso es la placa neural. A la temprana edad de aproximadamente diecisiete días después de la fecundación en los seres humanos -comienza su construcción a los dieciséis días tras la fecundación, concuerda Mora (2015)- el cerebro consiste en una capa de células plana.

El siguiente suceso de interés es la formación de una hendidura en la placa neural que discurre de rostral a caudal, denominada hendidura neural. Las paredes de la hendidura se denominan pliegues neurales. A continuación, se van acercando y se funden a nivel dorsal, formando el tubo o conducto neural. Todo el sistema nervioso central deriva de las paredes de dicho tubo, que está relleno de líquido. El proceso por el que la placa neural se convierte en el tubo neural se denomina neurulación y tiene lugar unos veintidós días después de la fecundación. Examinando el desarrollo embrionario y fetal del sistema nervioso central se comprendió cómo se pasaba de un simple tubo en el embrión temprano a las estructuras que constituirán el cerebro y la médula espinal en el ser adulto.

Se continúa investigando mucho para averiguar cómo nacen las neuronas, cómo encuentran su camino hasta su localización final en el sistema nervioso central y cómo realizan las conexiones sinápticas apropiadas una con otras.

2.2. Las sinapsis

La mayoría de las operaciones del cerebro dependen de unas interconexiones extraordinariamente precisas entre sus 100.000 millones de neuronas, denominadas sinapsis. La formación de las sinapsis comienza cuando una protusión dendrítica se alarga y toca un axón que podría estar pasando de largo. “Cuando el cono de crecimiento –punta especializada de un axón o dendrita en crecimiento- entra en contacto con su diana, se forma una sinapsis, es decir, se establece una región de contacto en la cual una neurona

transfiere información a otra célula” (Bear, Connors y Paradiso, 2008:702) y “se puede establecer un orden en las conexiones del cerebro fetal” (Bear, Connors y Paradiso, 2008:704).

Se sabe que “la facilidad para establecer los circuitos de conexiones interneuronales es máxima en la vida intrauterina y decrece constantemente a partir del nacimiento” (Kovacs, 2000: 31), a la vez que, en general, la capacidad de relación entre las neuronas es mayor en edades tempranas. “La generación de la circuitería durante el desarrollo del cerebro se produce principalmente antes del nacimiento y está guiada por la comunicación intercelular a través del contacto físico y mediante señales químicas”, advierten Bear, Connors y Paradiso (2008: 722). Especificando aún más:

Cada neurona puede recibir en sus dendritas y soma una cantidad finita de sinapsis. Esta cantidad es la capacidad sináptica de la neurona. Por todo el sistema nervioso la capacidad sináptica alcanza pronto el máximo durante el desarrollo, y después disminuye a medida que las neuronas maduran. En la corteza estriada de todas las especies examinadas hasta ahora, la capacidad sináptica de las neuronas inmaduras es aproximadamente un 50% mayor que la de las células adultas. (Bear, Connors y Paradiso, 2008:707)

Y se ha probado cómo se producen frecuentes cambios de pauta sináptica antes de que el cerebro madure:

El cambio de una pauta sináptica a otra se llama reorganización sináptica. Existen muchas pruebas de que es frecuente en el cerebro inmaduro. La reagrupación sináptica se produce como consecuencia de la actividad neural y de la transmisión sináptica. En el sistema visual, parte de esa remodelación de conexiones dependiente de la actividad se produce antes de nacer en respuesta a las descargas neuronales espontáneas. (Bear, Connors y Paradiso, 2008:708)

Tras todo lo cual cabe extraer la conclusión de que, “en relación a la plasticidad sináptica: el momento lo es todo” (Bear, Connors y Paradiso, 2008:782). “La neurociencia ya aporta abundantes conocimientos acerca de los códigos neuronales que elaboran los procesos mentales y se sabe que están cifrados en códigos de tiempo”, confirma Mora (2015:40), precisando que “el número de

espinas dendríticas aumenta y alcanza su pico máximo entre las 34-36 semanas de gestación para descender rápidamente tras el nacimiento” (Mora, 2015:34).

Cabe añadir a este respecto que:

En el transcurso de su desarrollo intraútero, durante los periodos fetal temprano y fetal tardío, y en particular en este último, hay un proceso muy activo de reorganización neuronal de la corteza cerebral. La organización neuronal de la corteza prefrontal es fundamental en la elaboración de los procesos mentales, particularmente los referidos al pensamiento racional, pensamiento simbólico, valores, ética, normas y toma de decisiones. (Mora, 2015:33-34)

2.3. Los periodos críticos

Los períodos críticos, períodos sensibles o “periodos sensitivos” –denominados de esta forma por Montessori (1988b)- para determinados aprendizajes, y considerados también por Cohen (1983), son conceptualizados como determinados momentos del proceso de desarrollo que presentan mayor facilidad para adquirir ciertas habilidades, con muy escaso, o incluso nulo, esfuerzo. Biológicamente, según Bear, Connors y Paradiso (2008: 715), “un período crítico se puede definir como un período de tiempo en el que la comunicación intercelular alcanza el destino de una célula”.

Estos autores aseveran que, normalmente, el concepto de período crítico se atribuye al embriólogo experimental Hans Spemann, dado que, en sus estudios, a comienzos del siglo XX, demostró que el trasplante de una parte del embrión temprano de un sitio a otro originaba a menudo que el tejido “donante” asumiera las características del “hospedador”. Avanzando en su experimentación, comprobó que esto sucedía solamente si el trasplante había tenido lugar durante un periodo de tiempo bien definido.

Posteriormente, a mediados de la década de 1930, fueron descritas nuevas evidencias biológicas sobre la existencia de los períodos críticos cuando Konrad Lorenz estudió el proceso por el cual un ánsar común joven se apegaba socialmente a su madre. Las aves presentaban la característica observada y estudiada de seguir al primer objeto que se mueve ante ellas cuando salen del cascarón. Descubrió que, en ausencia de la madre, el joven ganso establecía vínculos sociales con una gran variedad de objetos móviles, incluido el mismo Lorenz. Una vez que el objeto le dejaba su impronta, el ansarón lo seguía y se dirigía a éste como si fuera su madre. Lorenz utilizó el término “impronta” (*imprinting*) para sugerir que esta primera imagen visual se grababa permanentemente de algún modo en el sistema nervioso de la joven ave. La “impronta” estaba restringida a una fase temporal finita: los dos primeros días después de la eclosión, a la que Lorenz denominó “período crítico” del vínculo social.

A partir de esta revelación, Lorenz estableció la analogía entre este proceso de impronta del entorno exterior en el sistema nervioso y la inducción de tejido para cambiar su destino de desarrollo durante los periodos críticos del desarrollo embrionario. Su estudio tuvo gran impacto en el ámbito de la Psicología del Desarrollo, ya que sus conclusiones sugerían que los cambios en el fenotipo del comportamiento originados por una estimulación sensorial temprana serían permanentes e irreversibles más adelante. La consecuencia fascinante era que el destino de las neuronas y de los circuitos neurales del cerebro dependían de la estimulación del animal durante la vida posnatal inicial (Bear, Connors y Paradiso, 2008, Mora, 2015).

Mora (2015) coincide en destacar la importancia de los periodos críticos insistiendo en que el desarrollo cerebral tiene lugar en diferentes tiempos. Los programas del genoma que dirigen dicho desarrollo específico poseen lo que podría ser descrito como ventanas de oportunidad que se abren en un momento determinado. Su secuenciación parece tener relación con el hecho

de que el proceso de maduración nerviosa se establece según las fases pautadas por la mielinización, que sigue un determinado orden desde la parte superior de la médula espinal hacia abajo y del centro del cuerpo a los extremos.

El medio en que se desenvuelve la persona durante los periodos críticos influye en el desarrollo de múltiples funciones cerebrales, entre ellas el habla, la visión, la emoción, el aprendizaje de segundas lenguas, o las habilidades para la música y las matemáticas, es decir, tiene incidencia en gran número de procesos cognitivos, puesto que “el papel de la información sensorial en el desarrollo y maduración de las sinapsis es esencial” (Mora, 2015:34).

Este mismo autor continúa exponiendo que parece empezar a confirmarse la existencia de periodos críticos diferentes para la formación de subsistemas o componentes de ciertas funciones. También que todos y cada uno de los sistemas, tanto sensoriales como emocionales -implicaciones en mecanismos de curiosidad, emoción, atención, memoria, empatía...- presentan su correspondiente periodo crítico. Además, parece apreciarse, no solamente la existencia de ventanas para los grandes sistemas o subsistemas, sino también la de “microventanas”, con duración de días o, incluso horas, en la conformación molecular de muchos microcircuitos en el cerebro, por lo que llegar a conocer la cronología de cada periodo crítico tendría implicaciones trascendentales para poder aplicar en el momento más oportuno los diferentes programas de aprendizaje.

Un ejemplo muy llamativo es el de la adquisición del lenguaje. Todos los seres humanos poseen zonas específicas en su cerebro que les permiten aprender a hablar y a escribir. Está comprobado que muy tempranamente se aprenden oralmente con facilidad varias lenguas si se escuchan en el entorno cotidiano. En el caso de que el padre y la madre hablen cada uno una lengua materna, sin ningún esfuerzo se aprenderán las dos. Y si en la localidad se habla una tercera, se puede aprender también.

Es muy importante permitir el acceso a las experiencias en el momento oportuno pues, en ausencia de recepciones sensoriales adecuadas, las áreas neuronales del lenguaje no se desarrollan en el cerebro y se puede sufrir un grave detrimento celular que incapacite para el aprendizaje del lenguaje. El resultado es que las personas que poseían una buena capacidad para aprender cualquier idioma, no hablarán ninguno ni tendrán facilidad para aprenderlo en la edad adulta porque ha pasado la edad infantil crítica del aprendizaje lingüístico y su cerebro se ha vuelto defectuoso al faltar los estímulos sensoriales necesarios. Así lo demuestran casos tan extremos como los de los niños que fueron abandonados tempranamente en la selva.

Otra manifestación de que en caso de privación o escasez de percepciones sensoriales adecuadas el determinismo genético es insuficiente para el desarrollo cerebral y para la adquisición de funciones derivadas de la integridad neuronal es, como señala Rodríguez Delgado (2001), el estudio del lóbulo occipital, zona de recepción visual. Quienes nacen con ceguera o han tenido cataratas congénitas -y también en los animales con vías ópticas lesionadas- la falta de estímulos visuales determina la multiplicación insuficiente de neuronas ópticas, el pobre crecimiento de conexiones dendríticas y, sobre todo, la falta de aprendizaje visual, por lo que carecen de las cualidades mentales relacionadas con los receptores oculares. Dichas personas en la infancia aprenden a percibir el ambiente mediante el tacto y el oído, lo que les conduce a poder reconocer a otras personas únicamente por el sonido de sus pasos y por su voz. Se han realizado múltiples experiencias similares, obteniendo una misma conclusión: hay una edad específica para cada aprendizaje, pasada la cual la función es deficitaria.

De esta certeza se deriva otra información muy importante para ser tomada en cuenta por quienes hemos de educar. Se refiere a que todas las experiencias, desde la más temprana a la más

adulta, dejan huellas permanentes en las características físicas y mentales, así como en el desarrollo de las neuronas y de sus conexiones cerebrales.

En esta línea cabe transcribir algunas certidumbres recopiladas por De la Herrán (2015b: 17-18):

Algunas regularidades biológicas y psíquicas apoyadas en evidencias científicas solventes que comparte la comunidad científica y que pueden apoyar la educación prenatal son:

a) A la quinta semana el telencéfalo se diferencia del resto del tubo neural. Ambos están llenos de células madre diferenciables en cualquier tipo de neurona.

b) A las seis semanas, el feto comienza a desarrollar funciones mentales. Es un error creer que el cerebro de un feto no tiene funciones mentales. La actividad del cerebro empieza a las seis semanas tras la concepción. Los tests sobre las ondas del cerebro muestran que el córtex cerebral del feto funciona a las veintiocho semanas. Las ondas del cerebro también demuestran que el córtex recibe impulsos de la vista, del tacto y del oído, y que puede responder conscientemente a estas experiencias sensoriales a las veintiocho semanas (Wirth, 2001, en Hurtado Fernández, Cuadrado Nicoli y Herrán Gascón, 2015).

c) A las ocho semanas el niño reacciona a ruidos bruscos, músicas, voces conocidas, agresiones, accidentes, discusiones, episodios de ira, etc. (David Chamberlain).

d) A las ocho o diez semanas, el feto se estira y se mueve autónomamente (Wirth, 2001).

e) A las veintiocho semanas el córtex cerebral funciona, emite ondas y comienza a recibir estímulos de la vista, el oído y del tacto (Wirth, 2001).

f) Desde los cinco meses la madre puede estimular la comunicación educativa desde el oído del niño a través de rutinas que incluyen saludos, hablar, cantar, contar cuentos, escuchar música, etc.

g) Desde el tercer trimestre se pueden observar habilidades de aprendizaje, reconocimiento y memoria a corto plazo. La madre puede educar a su hijo a través de la estimulación del sentido del gusto a través de su dieta. La madre y el padre pueden comunicarse con su hijo a través del tacto y quizá del juego, mediante caricias en las áreas en que se encuentre o se piensa que se encuentra, y el bebé responde con movimientos a esos y otros estímulos.

h) A los siete meses el niño siente a través de sus papilas gustativas sabores de la comida que ingiere la madre.

i) Desde el séptimo mes, la madre puede añadir la estimulación de los órganos visuales del niño, tapando o dejando pasar la luz por su tripa, porque el bebé distingue entre oscuridad y claridad en el seno materno.”

3. La Neuroeducación y el Aprendizaje Prenatal

¿Cómo interviene la educación para modificar el cerebro humano? Según el conocimiento científico actual el objetivo básico de la educación es fomentar el desarrollo de las conexiones neuronales del cerebro, porque tiene una incidencia decisiva en la configuración física y mental de cada persona, y en el desarrollo y la estabilidad de la naturaleza humana.

Como se ha venido exponiendo, muchos son los estudios científicos que coinciden en señalar que los estímulos del entorno son fundamentales en la formación y el mantenimiento de las conexiones, formándose más fácilmente cuanto más temprana sea la edad. Se considera repetidamente probado que el medio ambiente físico, natural, social y cultural en que se desarrolla la persona durante los periodos críticos se va implantando en el cerebro infantil y dirige sus reacciones conductuales. El medio influye en el desarrollo de múltiples funciones cerebrales, entre ellas el habla, la visión, la emoción, el aprendizaje de segundas lenguas, o las habilidades para la música y las matemáticas, es decir, tiene incidencia en muchos procesos cognitivos.

Así, “aprender y memorizar conllevan cambios en el “cableado sináptico” del cerebro”, afirma Mora (2015:40), a la vez que defiende la neuroeducación como nuevo campo esperanzador para aprender cómo enseñar de modo cada vez más eficiente. Tendrá por objeto llegar a conocer el funcionamiento del cerebro para deducir las estrategias que permitan detectar discapacidades neurológicas y psicológicas que pudieran interferir en los procesos de aprendizaje y descubrir metodologías para formar personas

críticas dotadas de un equilibrio entre emoción y cognición, binomio indisoluble que conduce a deducir que sin emoción no hay razón, y que constituye la clave para entender la esencia de los procesos de enseñar y aprender.

La Psicología Cognitiva y la Neurociencia Cognitiva están tratando de recoger los descubrimientos que han de cambiar el rumbo del aprendizaje y la enseñanza demostrando que una buena educación produce cambios profundos en el cerebro que ejercen una influencia positiva en el desarrollo de la persona. Parece unánimemente refrendada la hipótesis de que la especialización cerebral forma parte del proceso de humanización de las personas.

Dado que la mente humana debe de ser apreciada como un monumental yacimiento de talento pendiente de ser puesto en explotación, obrar en consecuencia conduce a la necesidad de mejorar los sistemas educativos. Existen además razones de índole ética, social y política para reclamar un nivel de educación más elevado.

Del conjunto de todas estas evidencias se desprende fácilmente una inquietud: ¿cómo saber cuándo es el momento oportuno? Consecuentemente con toda la información ofrecida, la educación ha de ser iniciada cuando el cerebro se ha formado orgánicamente y la estimulación educativa ha de aplicarse en función del proceso de desarrollo cerebral, de tal forma que el calendario de maduración embriológica sirva como guía para aplicar la estimulación sensorial.

Aunque diversos autores ponen a nuestra disposición los resultados de sus investigaciones y parece empezar a evidenciarse la existencia de periodos críticos diferentes para la formación de subsistemas o componentes de diversas funciones, resulta muy difícil todavía tener una respuesta precisa para aplicar el mejor calendario posible a cada caso. Hemos de conformarnos con aproximaciones. Esta realidad puede sugerir dos ideas

prácticas al respecto: la primera es que conviene proporcionar toda la estimulación e información que puedan ser interesantes, dejando que cada cual asimile la cantidad que le permita su nivel de desarrollo. La segunda, que evitemos en todo momento forzar -insistimos en el verbo- el aprendizaje. Puede haber algún impedimento para que se coordine el soporte material con los mecanismos neuronales y los mensajes no lleguen a las zonas de recepción específicas del cerebro, dando lugar a confusiones innecesarias.

El aprendizaje consiste en un cambio neuronal inconsciente, aunque se incide de hecho en sus mecanismos. Defiende Marina (2015) que aprender es el recurso de la inteligencia para adaptarse al entorno y progresar. Ante la seguridad de que uno de los signos de nuestro tiempo es la importancia del aprendizaje, la capacidad de una sociedad para aprender se erige en su principal riqueza. La situación reclama un viraje tal que la sociedad del conocimiento demanda su transformación en “sociedad del aprendizaje” considerando a sus integrantes como estudiantes de por vida – incluyendo la vida intrauterina- y contemplando las posibilidades de invertir en aumentar el capital cognitivo como estrategia para afrontar un futuro incierto, y, con toda seguridad, complejo.

Los aprendizajes necesarios en la sociedad moderna, entre los que García (2009) señalaba aprender a conocer, aprender a querer y sentir, aprender a hacer, aprender a convivir, aprender a ser, y, finalmente, aprender sobre el conocer, el querer, el sentir; constituyen un gran reto de nuestra era en la que la educación permanente se ha convertido en un derecho y un deber.

Cada vez son más las voces que se alzan para reclamar los decisivos efectos de un aprendizaje temprano. Han pasado ya más de tres décadas desde que fuera publicada una obra colectiva coordinada por Cohen (1983) que lleva por título “En defensa del aprendizaje precoz”. En ella se recopilan datos aportados por diferentes ciencias como la genética y la neurobiología con el fin de

aproximarse al descubrimiento de la sublime riqueza de la mente humana, cuya maleabilidad es extraordinaria en los primeros años, pero que va desapareciendo poco a poco hasta llegar a verse bastante reducida en el cerebro adulto.

Esta defensa del aprendizaje precoz, en los años cruciales que van desde el nacimiento –desde la concepción debiéramos decir- hasta la edad de seis años, no es únicamente un reto al fracaso escolar, sino una defensa del desarrollo máximo del potencial del ser humano. [...] Existen numerosas estrategias con las que podemos dar un vuelco a la situación y esperar un futuro en el que las fabulosas reservas humanas puedan ser patrimonio del hombre, de todos los hombres. ¿Sueño? ¿Utopía? No; proyectos factibles si concedemos prioridad absoluta a ese período que va desde la concepción a los primeros años de la vida. (Cohen, 1983: 271)

En el epílogo de la misma obra se reflexiona sobre la elección del término “precoz” considerando que resulta educativamente erróneo estimar desde la mirada adulta, cargada de prejuicios y estereotipos, lo que cada niña y cada niño “puede/no puede” o “debe/no debe” aprender. Se advierte que, en cualquier caso, la función educativa consiste en proporcionar materiales ricos y complejos, a la vez que se otorga libertad suficiente para proceder a sus exploraciones.

Más recientemente, en la última década del siglo XX, se presentaron una serie de experiencias que sirvieron para examinar los efectos del aprendizaje prenatal en recién nacidos y en fetos (Hepper, 1991), comprobar que el comportamiento del feto como respuesta a la estimulación recibida en el útero puede ser utilizado para explorar el desarrollo de la mente (Hepper y Shahidullah, 1994) y conseguir revelaciones sobre la memoria fetal (Hepper, 1996).

Nuevas investigaciones llevadas a cabo en el presente siglo condujeron a algunos de los descubrimientos que se exponen a continuación. Así, González-González, Suárez, Pérez-Piñero, Armas, Doménech y Bartha (2006) corroboraron que la memoria

fetal persiste en el periodo neonatal. Dirix, Jonsma y Hornstra (2009) evaluaron el aprendizaje fetal y la memoria en fetos de entre treinta y treinta y ocho semanas, observando que los fetos tenían -desde las treinta semanas- una memoria de diez minutos de duración independientemente de la edad fetal, y, además, que los fetos de treinta y cuatro semanas son capaces de almacenar información y recuperarla cuatro semanas después.

Sus conclusiones correlacionan con las de Kueger y Garvan (2014), quienes comprobaron en sus indagaciones que fetos cuyas madres pronunciaron un pasaje en voz alta desde la edad gestacional de veintiocho semanas comenzaron a mostrar evidencias de aprendizaje a las treinta y cuatro semanas, siendo estadísticamente evidentes a las treinta y ocho, y posteriormente, sin más exposición, recordaron un fragmento del discurso durante varios días.

La metodología de la enseñanza a fetos fue explorada por James (2010) que, tras definir el aprendizaje como un cambio en el comportamiento que ocurre como resultado de la experiencia, llegó a la conclusión de que el feto puede aprender mediante habituación y condicionamiento clásico. Verificó que en la fase prenatal el desarrollo del oído permite poner las bases de la comunicación oral y el aprendizaje de la lengua, puesto que la persona no solamente oye, sino que escucha el lenguaje hablado, se mueve en respuesta al mismo, memoriza y aprende, lo que evidencia cierto grado de capacidad de atención (Sovilj, 2011). En esta línea de hallazgos de conocimientos de gran relevancia se encuentra la conclusión de Hepper (2015) al aseverar que la experiencia sensorial prenatal modela la estructura del cerebro comenzando el desarrollo neuronal de las capacidades necesarias para interpretar los estímulos clave (por ejemplo, del lenguaje).

4. La Didáctica de la Edad Prenatal, ¿Una Nueva Ciencia?

Según el diccionario de la Real Academia, ciencia es un cuerpo de doctrina, metódicamente formado y ordenado, que constituye un ramo particular del humano saber, y este es el caso de la Didáctica.

Acudiendo a uno de los autores más clásicos en su campo -Titone (1966)- encontramos que comienza advirtiéndolo en su obra “Metodología Didáctica” que, por la natural fluidez del saber didáctico, determinado en gran parte históricamente, ciertas actitudes y ciertas formulaciones metodológicas, no pueden ni podrán jamás cristalizar en asertos dogmáticos, a la vez que señala que la Didáctica, como saber teórico-práctico para definir y orientar adecuadamente la técnica del enseñar, ha de tener clara su finalidad que es tender a la recta formación del intelecto.

Además de tener una finalidad, la ciencia ha de contar con una serie de requisitos como sujeto, objeto, método... En relación al sujeto de la Didáctica, a partir del movimiento de la Escuela Nueva, se admite que docente y discente son sujetos activos en el proceso de enseñanza-aprendizaje, si bien se considera al discente como condicionante de la acción educativa en virtud de sus disposiciones de madurez, de los aspectos diferenciales de su individualidad, de sus ritmos peculiares, etc.

Para el citado autor el “objeto” de la enseñanza-aprendizaje se refleja en un conjunto complejo de objetivos funcionales destinados a enriquecer, nutrir y potenciar a la persona del discente.

Por su parte el método, como expresa su etimología, es la vía idealmente perfecta que conduce al fin de la didaxis. Significa adecuación porque representa la estrategia flexible que permite a docente y materia adecuarse al alumnado adaptando la acción

docente a las indeclinables exigencias de quien aprende, sabiendo que cada persona es biológicamente única y está en constante cambio.

Al proponer una Didáctica de la Edad Prenatal se impone la comprobación de que cumple ciertos requisitos entre los que cabe distinguir el objeto, el sujeto, los agentes, el método, la meta o finalidad, los principios y el espacio o lugar que ocupa entre las ciencias de la educación.

Objeto primordial de estudio o ámbito de conocimiento serían las características y manifestaciones de los aprendizajes de todo tipo que tienen lugar en la fase anterior al nacimiento.

El sujeto la persona en su fase prenatal, a quien se le reconocen múltiples capacidades “-si en el recién nacido existe una vida psíquica, esta debe formarse previamente. Incluso en el embrión puede haber una vida psíquica” (Montessori 1988b:94)-, miembro activo de una familia donde es recibida al mismo tiempo como un regalo y un desafío, pues se encuentra en situación de ser educada lo que supone la necesidad de proporcionar las condiciones que le permitan desarrollar su personalidad, sus competencias sociales y todas las dimensiones humanas, a quien se le quiere antes de nacer (Relier, 2006). Según Kornas-Biela (2014), las fórmulas de comunicación de la criatura prenatal con sus padres son sus reacciones a estimulaciones acústicas, táctiles, motoras, quimiorreceptivas, termorreceptivas y emocionales.

Los agentes, personas que actúan sobre la persona durante su vida intrauterina. Tendrían la responsabilidad de ofrecer las oportunidades de las experiencias críticas necesarias para el desarrollo saludable infantil valorando la disposición para aprender ciertas habilidades y conceptos antes del nacimiento (Bailey, 2002).

Los métodos, la aplicación de diversos tipos de estímulos: sensoriales –desde el segundo mes de embarazo las palmaditas y la presión suave sobre la piel que recubre el útero, realizadas de forma sistemática aproximadamente a la misma hora, están indicadas para la estimulación del tacto (Kovacs, 2000) y de la percepción háptica en el feto humano (Hepper, 2008)-, químicos... y observación de las posibles reacciones a dichos estímulos.

Meta o finalidad: Tiene como objetivo conseguir un cerebro que desarrolle el mayor número posible de conexiones neuronales para que llegue a ser capaz de analizar la realidad con precisión y rapidez; imaginar mejores soluciones a los problemas y resolver mejor los retos de la vida, adoptando decisiones adecuadas, puesto que el desarrollo de múltiples conexiones cerebrales permite mayor capacidad de análisis crítico, curiosidad intelectual y aprendizaje.

Entre los principios, “ayudar a la vida es el primer principio fundamental” afirmaba Montessori (1986: 29) en su obra “Formación del hombre”, lo que se traduciría en estimulación intencional orientada hacia la acción educativa.

El espacio o lugar entre las ciencias de la educación vendría determinado por la intervención referida a un tiempo específico propio de la vida humana.

5. Consideraciones Finales

Urge reorientar las aplicaciones de los últimos descubrimientos científicos. Múltiples y diversas investigaciones indican que todavía se desconocen las inmensas capacidades del cerebro humano, pero coinciden en destacar la importancia de proporcionarle desde antes del nacimiento “los datos” que permitan que funcionen al máximo sus posibilidades, aumentando con ello su capacidad. Dichos datos se materializarán en un entorno óptimo en estímulos que le proporcionen capacidad de experimentación en todas las dimensiones humanas: afectivo-emocional, social, comunicativa,

cognitiva, psicomotriz, etc. Aunque la mayor parte de los estudios hacen hincapié en los logros cognitivos, se encuentra en marcha una gran variedad de esfuerzos para medir también valores, habilidades y comportamientos.

El mañana dependerá de nuestra capacidad de previsión confiando en las capacidades específicas de la condición humana. El primer paso para perfeccionar la intervención educativa consiste en tener muy presente la filosofía de la Escuela Nueva enfocando el proceso de enseñanza-aprendizaje especialmente en el aprendizaje, y, como consecuencia, prestando la mayor atención al alumnado, razón de ser de la docencia.

Una sociedad que valore su propio desarrollo debe prestar toda la atención que merece el desarrollo de cada uno de sus integrantes a lo largo de toda su vida, desde la fase prenatal. En consecuencia, el cambio social ha de orientarse desde ahora a la atención personalizada que consiste en prestar los servicios que cada integrante de la especie humana requiere, evitando toda discriminación. El mundo necesita nuevas ideas y nuestra infancia será quien deberá generarlas. Los retos son extraordinarios -seguridad nacional e internacional, desarrollo económico, servicios a la colectividad- y superan los límites geográficos de un determinado país.

Es necesario comenzar garantizando la atención educativa que toda nueva vida merece, considerándola como una prioridad, tanto sociológica como políticamente, en aras de atender las necesidades y derechos humanos más básicos. Entre ellos se encuentra el derecho a la educación -y a una educación de calidad- que ha de extenderse, de forma adecuada, a los comienzos biológicos más tempranos. Coherentemente, es preciso utilizar los conocimientos que hoy el desarrollo humano y el nivel de la ciencia pueden aportar para orientar a las parejas que esperan bebés y a las madres gestantes en general. Es imprescindible que accedan a las orientaciones educativas básicas, facilitándoles la

participación en sesiones didácticas centradas en la persona que va a nacer, sin menoscabo de una asistencia obstétrica eficiente que preste todos los cuidados necesarios durante la gestación y el nacimiento.

Consecuentemente, los objetivos y métodos educativos han de dar cabida prioritaria al cultivo del pensamiento imaginativo, ya que, en esta era de exigencia de cualificación se requerirá una formación diversificada que será determinante para las nuevas funciones.

El conocimiento y la competencia para llevar a cabo esta tarea, especialmente en esta fase de la vida, son imprescindibles. Se requieren figuras educadoras de gran talla y bien preparadas, puesto que, a medida que descienden las edades de las personas a las que se dirige el proceso de enseñanza-aprendizaje, la dificultad para llevarlo a cabo con éxito crece exponencialmente.

Todo parece indicar, igualmente, que en el futuro, la capacidad para prestar un servicio y cumplir con un deber serán valoradas por encima de la consecución de titulaciones académicas que reflejen únicamente una buena solvencia intelectual si se desestiman valores, como compromiso, sociabilidad y ética.

Paralelamente, la labor investigadora ha de ser fomentada con urgencia, y la Universidad, como institución activa y dinámica, cuenta con el clima más idóneo para llevarla a cabo, manteniendo la mirada en el futuro y sabiendo hacer frente al compromiso que tenemos contraído con las generaciones venideras. Es necesario trabajar desde ahora a buen ritmo si deseamos que puedan disfrutar de su vida en un ambiente justo, apacible y civilizado.

Al optar por una denominación para esta “nueva” fase educativa, parece aconsejable acudir a conceptos, desestimando referencias numéricas que frecuentemente resultan inexactas, dadas las dificultades para calcular con precisión la fecha de la concepción y anticiparse a la del alumbramiento. No todas las

gestaciones duran nueve meses, como ha sucedido en el caso de L. Utilizar cifras negativas podría dejar traslucir la errónea idea de que falta tiempo para “lo importante”, destruyendo así todos los argumentos que reivindican la conveniencia de considerar la concepción como el inicio de la vida.

Coherentemente, podría estimarse más oportuno que la “edad prenatal” pase a constituir el primer ciclo –o la primera etapa- del recorrido educativo. Habría de ser confiada al actual profesorado de Educación Infantil, dada su preparación –que sería convenientemente ampliada- y se llevaría a cabo en los espacios que en las Escuelas Infantiles van dejando libres los efectos de los actuales descensos de la natalidad y de la inmigración.

6. Referencias

- Bailey, D. B. (2002). Are critical periods critical for early childhood education?: The role of timing in early childhood pedagogy. *Early Childhood Research Quarterly*, 17(3), 281-294. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885200602001655>.
- Carballo, C. y Vizcaíno, P. (2016). Educación Prenatal, educación para la paz. *Apuntes de Pedagogía*, 260, 20-21. Recuperado de https://www.cdlmadrid.org/archivos/boletin_marzo_2016.pdf
- Cheese, P, Robert, J. Th., y Craig, E. (2008). *The Talent Powered Organization. Strategies for Globalization, Talent Management and High Performance*. London: Kogan Page Publishers.
- Cohen, R. (1983). *En defensa del aprendizaje precoz. Estrategias educativas para aprovechar la potencialidades humanas*. Barcelona: Planeta.

- Dirix, C. E. H., Nijhuis, J. G., Jongsmá, H. W., & Hornstra, G. (2009). Aspects of fetal learning and memory. *Child Development*, 80, 1251-1258. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01329.x. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8624.2009.01329.x/full>
- Drucker, P. (2007). *Reflexiones para un director*. España: Asociación para el Progreso de la Dirección.
- García, E. (2009). Aprendizaje y construcción del conocimiento. En López, C. y Matesanz, M. (Eds.). *Las plataformas de aprendizaje. Del mito a la realidad* (pp. 21-44). Madrid: Biblioteca Nueva. Recuperado de http://eprints.ucm.es/9973/1/APRENDIZAJE__Y_CONSTRUCCION_DEL_CONOCIMIENTO.pdf
- González-González, N. L., Suárez, M. N., Pérez-Pinero, B., Armas, H., Doménech, E., & Bartha, J. L. (2006). Persistence of fetal memory into neonatal life. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 85(10), 1160-1164. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00016340600855854?src=recsys>
- Gútiéz Cuevas, P. (2016). Neurociencia y educación prenatal: nuevas contribuciones. *Apuntes de Pedagogía*, 260, 14-16. Recuperado de https://www.cdilmadrid.org/archivos/boletin_marzo_2016.pdf
- Heckman, J. (2011). El poder de los primeros años: políticas para fomentar el desarrollo humano. *Revista Infancias Imágenes*, 10 (1), 97-109. Recuperado de <http://revistas.udistrital.edu.co/ojs/index.php/infancias/article/view/4468>
- Hepper, P. G. (1991). An examination of fetal learning before and after birth. *The Irish Journal of Psychology*, 12(2), 95-107. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/232469114_An_Examination_of_Fetal_Learning_Before_and_After_Birth

- Hepper, P. G. & Shahidullah, S. (1994). The beginnings of mind-evidence from the behaviour of the fetus. *Journal of reproductive and infant psychology*, 12(3), 143-154. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/247514073_The_beginnings_of_mind-evidence_from_the_behaviour_of_the_fetus
- Hepper, P. G. (1996). Fetal memory: Does it exist? What does it do? *Acta Paediatrica*, 416 (Supl.), 16-20. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/14211826_Fetal_memory_Does_it_exist_What_does_it_do.
- Hepper, P. (2015). Behavior during the prenatal period: Adaptive for development and survival. *Child Development Perspectives*, 9 (1), 38-43. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cdep.12104/full>.
- Herrán Gascón, A. de la (2015). Educación prenatal y Pedagogía prenatal. *Revista Ibero-americana de Educação*, 69 (1), 9-38. Recuperado de <http://rieoei.org/deloslectores/7195.pdf>
- Hurtado, M., Cuadrado, S. y Herrán, A. de la (2015). ¿Hacia una Pedagogía Prenatal? Una Propuesta Educativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, vol. 67 nº1, 151-168. Recuperado de <http://rieoei.org/deloslectores/6809Hurtado.pdf>
- James, D. K. (2010). Fetal learning: a critical review. *Infant and child development*, 19 (1), 45-54. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/icd.653/pdf>
- J.H.P. (2016). El 65% de los escolares trabajará en profesiones que no existen. Recuperado de http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/economia/el-65-escolares-trabajara-profesiones-no-existen_1080626.html
- Kadić, A. S. & Predojević, M. (2012). Fetal neurophysiology according to gestational age. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 17 (5), 256-260.
- Kant, E. (2003). *Pedagogía*. Madrid: Akal.

- Kornas-Biela, D. (2014). The Paradigm of Unity in Prenatal Education and Pedagogy. *Journal for perspectives of economic political and social integration* (19), 193-206. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1548564886?OpenUrlRefId=info:xri/sid:wcdiscovery&accountid=17252>.
- Kovacs, F. (2000). *Guía para una educación inteligente. Hijos mejores*. Barcelona: Martínez Roca.
- Krueger, C. & Garvan, C. (2014). Emergence and retention of learning in early fetal development. *Infant Behavior and Development*, 37, 162-173. doi:10.1016/j.infbeh.2013.12.007. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163638313001185>.
- Mandela, N. (1994). *Discurso de investidura como presidente de Sudáfrica*. Recuperado de http://www.teinteresa.es/mundo/Discurso-Nelson-Mandela_investidura_3_1042725721.html.
- Montessori, M. (1982). *El niño: el secreto de la infancia*. Diana: México.
- Montessori, M. (1988a). *Formación del hombre*. Diana: México.
- Montessori, M. (1988b). *La mente absorbente del niño*. Diana: México.
- Mora, F. (2015). *Neuroeducación*. Madrid: Alianza Editorial.
- Ortega y Gasset, J. (1978). Hacia una ciencia de la educación. En A. Escolano, *Epistemología y Educación* (pp. 141-151). Salamanca: Sígueme.
- Relier, J. P. (2006). *L'aimer avant qu'il naisse*. París. Recuperado de http://www.dejanrakovicfund.org/knjige/QIM_2011_KF_Round_Table_e-Proceedings_o.pdf#page=73.
- Rodríguez Delgado, J. M. (2001). *La mente del niño. Cómo se forma y cómo hay que educarla*. Madrid: Aguilar.

- Sovilj, M. (2011). Prenatal bases of development of speech and language and prenatal stimulation. QIM 2011 KF Round Table Knowledge Federation Proceedings, 73. Recuperado de http://www.dejanrakovicfund.org/knjige/QIM_2011_KF_Round_Table_e-Proceedings_o.pdf#page=73.
- Titone, R. (1966). *Metodología didáctica*. Madrid: Rialp
- Wirth, F. (2001). *Prenatal parenting*. New York: Harper Collins.

EDUCACIÓN PRENATAL, ADOLESCENTES Y SISTEMA EDUCATIVO: UNA EDUCACIÓN EN VALORES DESDE LAS RAÍCES

Resumen

1. Introducción
2. Objetivos
3. Contenidos
 - 3.1. Preparación a la concepción
 - 3.2. La concepción
 - 3.3. La gestación
 - 3.4. El nacimiento
 - 3.5. La lactancia materna
4. Necesidad de formación
5. ¿Dónde podríamos incluirla dentro del sistema educativo?
6. ¿Dónde realizar la formación?
7. Conclusiones
8. Referencias

EDUCACIÓN PRENATAL, ADOLESCENTES Y SISTEMA EDUCATIVO: UNA EDUCACIÓN EN VALORES DESDE LAS RAÍCES

Carmen Carballo Basadre

Resumen

La educación prenatal, desde la perspectiva de los descubrimientos científicos de los últimos decenios, podría convertirse en un agente de cambio social importante y en una alternativa para la transformación de la humanidad, al ser en esta etapa donde se sientan las bases de la futura salud física, mental y emocional de adultos. Dado que los adolescentes son futuros padres y madres, es importante que puedan acceder a estas informaciones sobre la vida prenatal, a fin de que puedan ir preparándose, para cuando llegue ese momento, desde la conciencia y la responsabilidad. La educación prenatal, se plantea educar en el respeto a la vida, ofrecer una alternativa que complemente, al abordar, desde una perspectiva más profunda, la educación sexual que se viene impartiendo en el sistema educativo centrada, fundamentalmente, en cómo evitar los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual. Que la responsabilidad de traer un ser al mundo es algo compartido. Para ello les informamos de la importancia que tiene el momento de la concepción, y la grabación que de él haga la primera célula que se va a crear, pues, aquí estará el punto de partida de la educación del nuevo ser, que continuará durante la gestación, el nacimiento y la lactancia. El resultado de las evaluaciones realizadas a los

grupos, en los centros educativos, muestran el interés que esta información suscita y la necesidad de incluirla en el currículo escolar. Les estaríamos dejando a las generaciones venideras, un legado útil y valioso, pues, los adolescentes, futuros progenitores, podrían traer al mundo a seres que crearían, desde esta nueva visión de la paternidad- maternidad, la armonía en el interior de sus familias y de toda la familia humana, aportando un nuevo modelo de sociedad, basado en la Paz, el Amor y la Justicia.

Palabras clave

Educación prenatal, paternidad-maternidad responsable, sexualidad y amor, preparación, concepción, gestación, nacimiento, formación.

I. Introducción

“Si el conocimiento puede contribuir a una vida mejor, debemos aprovecharlo ahora”.

Kazuo Murakami, bioquímico

Aunque considero que la Educación Prenatal es algo que compete a toda la sociedad, por la importancia que el entorno ejerce en una madre gestante y en su bebé, yo aquí me voy a centrar y a enfocar en la conveniencia y en la necesidad de que esta información llegue y se difunda entre los adolescentes y jóvenes en general por diversos motivos que expondré más adelante.

Durante los casi 39 años en los que he ejercido la docencia, en los institutos de enseñanza media, he podido constatar, a lo largo de ellos, los cambios producidos; cómo poco a poco, al principio, y después de una manera cada vez más acelerada en los últimos tiempos, se han ido degradando las relaciones humanas en la sociedad y, por ende, en el sistema educativo: los alumnos/as cada año más indisciplinados, carentes de respeto y de afecto entre ellos mismos y hacia el profesorado, resultado lógico de lo que ven y viven a su alrededor. Con más problemas físicos y psíquicos, consecuencia, en muchos casos, de situaciones familiares conflictivas, y de la propia situación social compleja en la que están inmersos, lo cual podría estar en la base de sus dificultades de aprendizaje como: falta de escucha y atención, de concentración, de capacidad de pensamiento lógico...

Por otra parte, cada vez se encuentran más perdidos y desorientados, sin modelos de referencia, ni sociales ni familiares; sin valores que les sirvan de anclaje para hacer frente a las tempestades internas y externas que les atraviesan, que les indiquen una dirección y algún ideal a seguir que pueda guiarles en la vida.

Ante estas carencias ¿podemos comprender por qué buscan el placer, sobre todo, y se evaden en el alcohol, el sexo, las drogas...?

La escuela se ha centrado, en los últimos tiempos, casi exclusivamente, en la instrucción y hemos conseguido con ella logros magníficos, pero ha abandonado la dimensión educativa, con lo que ello conlleva, y los padres, por otra parte, se sienten en general faltos de herramientas para educar en este mundo complejo en el que vivimos.

La sesión que se celebró, en julio del 2011, en Ginebra, sobre el tema de la educación, en el marco del ECOSOC (Consejo económico y social de la ONU), nos indicó que la educación es el tema central para el futuro de la humanidad, y se llegó a la conclusión de la necesidad de mejorar los programas escolares, introduciendo una ética, una educación, a fin de preparar a los jóvenes para la vida.

No es el dinero lo que cambiará el mundo, sino seres con ética, honestos, con sentido de la justicia, con amor. (Coloquio Internacional de Educación Prenatal, 2015, París)

¿Cómo podríamos pues, entre todos, construir un nuevo modelo social que pueda acercarnos a la solución de los problemas actuales, y que nos permita caminar hacia un mundo donde impere la Paz? ¿Cómo podríamos comenzar a tocar con nuestros corazones un mundo nuevo donde reinen el Amor, la Armonía y la Justicia?

¿Tendríamos que ir a las raíces e indagar en las causas donde todo se origina, en lugar de quedarnos en la superficie buscando soluciones para paliar las consecuencias?

Según nos van demostrando los descubrimientos científicos de los últimos decenios, las raíces parece que estarían en la Educación Prenatal, es decir, antes del nacimiento, porque es en esta etapa donde se sientan las bases de lo que será nuestra futura salud física y psíquica, de nuestra forma de relacionarnos y comportarnos, de nuestra afectividad y de nuestro coeficiente intelectual de adultos.

¿Educar antes del nacimiento? ¿Es esto posible? Porque hasta ahora cuando hablábamos de educación, tendíamos a pensar que era la que podíamos dar a un ser cuando había nacido; no obstante, observamos que, a pesar de la educación existente en la escuela, en los institutos, universidades, centros de investigación..., la situación no cambia de una manera duradera.

No quiero decir con esto que no sea importante y necesaria la educación que se imparte en los centros educativos de todos los niveles, sino que quizás tengamos que ahondar e ir un poco más atrás; quizás tengamos que reflexionar, investigar e intentar poner en práctica nuevos métodos, abrirnos a nuevos puntos de vista, si los que hemos utilizado hasta este momento no nos dan una solución satisfactoria a la problemática existente.

¿Podría ser, pues, la Educación Prenatal la alternativa para acercarnos a las raíces donde todo se inicia y encontrar la salida a los conflictos del mundo actual? Para ello ¿sería necesaria la información, que la idea circule, se extienda, que empecemos a poner en práctica estos conocimientos y que veamos si realmente vamos por el buen camino?

No obstante, esta idea, aunque pueda parecer nueva, no lo es, ya existía en las civilizaciones antiguas en sus momentos de esplendor, como en India, China, Grecia... y la vemos aparecer, a lo largo de la historia, a través de referencias a ella, en los escritos de diversos autores como, por ejemplo, Leonardo Da Vinci, Paracelso o Hegel, entre otros.

Si nos paramos un momento para pensar cómo es posible que Grecia diera en la antigüedad esa gran cantidad de artistas, filósofos, matemáticos... podemos llegar a la conclusión de que fue gracias a la Educación Prenatal. (Ioanna Mari, 2015, Coloquio internacional de Educación Prenatal, París)

Y llegados a este punto, ¿cuáles son los motivos por lo que opino que esta información es necesario que llegue a los adolescentes y jóvenes y a los centros educativos?

- Porque son potenciales futuros padres y con estos conocimientos podríamos ayudarles para esa futura tarea.
- Porque en los centros educativos les preparamos para que puedan en el futuro ejercer una profesión y poder así acceder al mundo laboral, pero sin embargo no les preparamos para ejercer la profesión que una gran mayoría desempeñarán en la vida, la de padres-madres.
- Porque hay un aumento creciente de embarazos no deseados en adolescentes, cada vez a una edad más temprana, y esta información puede serles útil ya. De esta manera, quizás, podríamos darle la oportunidad, al ser que va a venir, prematuramente a sus vidas, de desarrollarse con mejores condiciones.
- Porque pueden tener alguna mujer embarazada en su entorno: madre, hermana, profesora...y con esta información, quizás, puedan aprender a mirarlas de otra manera, a ser conscientes del trabajo importante que están realizando en la construcción de un nuevo ser y que el respeto, apoyo, cariño y comprensión que puedan darles es de gran importancia.
- Porque quizás con esta información sobre la Educación Prenatal ¿podríamos estar abriendo a los jóvenes una ventana a la esperanza en este mundo complejo en el que les ha tocado vivir? ¿que una educación basada en el amor y en el respeto son posibles?

2. Objetivos

Los objetivos que pretendemos alcanzar a través de la difusión de la Educación Prenatal entre los adolescentes son:

- Informarles de la necesidad de prepararse para ese momento importante de la concepción y de la gestación, que si se extiende y generaliza puede cambiar el rumbo de la humanidad.
- Educar seres en el respeto a los padres, profesores y sociedad en general. Educar seres humanos que desarrollan la cultura de Paz.
- Educar seres en el respeto al medio ambiente y a la naturaleza, contribuyendo de esta manera al desarrollo sostenible.
- Educar seres solidarios y fraternales, conscientes de la necesidad de compartir y adoptar actitudes tolerantes con la diversidad.
- Educar hombres y mujeres que construirán un mundo de equilibrio, respeto y armonía.
- Erradicar la violencia y la dependencia de todas las sustancias tóxicas perjudiciales.
- Educar en una sexualidad sana y responsable, donde amor y placer vayan asociados y que traer un nuevo ser al mundo es una responsabilidad compartida y no sólo de las chicas-mujeres.
- Valorar el papel de la mujer adolescente y de la mujer como formadora de vida y desarrollar actitudes de comprensión, respeto, cuidado y escucha especialmente durante el periodo de la gestación. (Carmen Carballo-Pilar Vizcaíno, 2017, pp. 5 y 6).

Para que estos objetivos puedan realizarse: ¿en qué puntos tendría que sustentarse esta información sobre la etapa prenatal que daríamos a los adolescentes, a fin de poder ayudarles a educarse ya, desde ahora, para esa futura tarea de padres-madres, desde la conciencia y la responsabilidad?

3. Contenidos

En cuatro pilares básicos que formarían el cuerpo de lo que serían los contenidos:

- Preparación a la concepción
- La concepción
- La gestación
- El nacimiento
- La lactancia materna

Sobre ellos voy a dar, a continuación, unas pinceladas, dado que el objetivo de este artículo no es de hablar de ellos en profundidad.

Normalmente antes de abordar los cuatro puntos, cuando nos encontramos delante de un grupo-clase de alumnos/as o de adolescentes en otro ámbito que no sea estrictamente el educativo, para intentar despertar su interés y captar su atención y sobre todo para que entiendan o se abran a recibir la información y le vean el sentido a nuestra presencia allí, podemos plantearles preguntas sencillas, como por ejemplo:

¿Sabéis que vais a hacer después de la secundaria, tenéis claro qué bachillerato escogeréis...tenéis ya decidido la profesión a la que os dedicaréis en el futuro...?

Algunos responderán, si, otros no, otros no sé... y nosotros les plantearemos: pues aquí es casi seguro que el 95% de vosotros hay una profesión que vais a desempeñar más adelante y

¿sabéis cuál es...? La de padres-madres. Esta sencilla pregunta, aunque hay otras, les plantea una interrogante a resolver y puede comenzar a captar su atención.

En mi experiencia docente, en el trabajo con los adolescentes, es interesante interactuar con ellos durante el discurso que queremos desarrollar, a fin de que se sientan participantes activos e integrados en él. Esto mantiene, normalmente, su interés y atención.

A continuación, podemos preguntarles que cuándo creen ellos que comenzará esa educación prenatal. Y desde sus respuestas nos introducimos en el primer punto de:

3.1. Preparación a la concepción

Aquí será interesante hacerles comprender que en la vida cualquier logro o éxito está íntimamente relacionado con la preparación. Cuando tienen que presentar un trabajo de lengua, historia, inglés... o cuando tienen que preparar el viaje de estudios, normalmente, procuran hacerlo con tiempo y se esfuerzan para realizarlo de la mejor manera posible, para que el resultado sea bueno y gratificante y así poder obtener una buena nota o aprobar un examen.

Entonces, si esto lo hacemos con estas cosas, ¿no tendríamos que prepararnos igualmente con tiempo y antelación para ese futuro papel que nos espera de padres-madres, si queremos que el resultado sea igualmente bueno y que no sintamos orgullosos del trabajo llevado a cabo y de sus resultados?

En la Grecia clásica, la preparación para el papel de ciudadano incluía la de padres, estaba recogido en las leyes de la ciudad, era pues importante preparar a los jóvenes desde la pubertad para la paternidad. Los jóvenes hombres y mujeres hacían una preparación por separado antes del matrimonio. (Ioanna Mari, 2015, Coloquio internacional de Educación Prenatal, París)

En el sistema educativo preparamos a los alumnos para que sean profesionales cualificados el día de mañana, pero, ¿y como personas? Desde este punto de vista la información sobre la educación prenatal podría servir para recuperar los valores que se han perdido en nuestra sociedad.

En este apartado, hablaríamos de la necesidad de preparar el organismo físico con: alimentación sana, ejercicio y eliminación de sustancias tóxicas, lo que nos permitiría introducirnos y desarrollar el tema de hábitos de vida saludable, y así hacerles tomar conciencia de los efectos que las drogas, en general, tienen sobre su propio organismo, sobre el del bebé y las repercusiones negativas que ejercen en el momento presente y para el futuro. Pero con esto no está terminada la preparación, es necesaria también una preparación mental y emocional, porque no sólo transmitimos a la descendencia un capital genético puramente físico, también le transmitimos un bagaje mental y emocional que van íntimamente ligados a él. Y aquí empezariamos a abordar el tema de los valores, y de la importancia de desarrollarlos, a través de un método sencillo que es cultivar pensamientos y sentimientos positivos. Sentimientos como: el amor, la generosidad, la solidaridad...y pensamientos como: puedo, sirvo, los problemas tienen solución... Hacerles comprender que los primeros beneficiados con esta actitud, en primer lugar, serán ellos mismos; porque se van a sentir mejor al expresarlos y, en segundo lugar, porque según nos están diciendo los científicos como Bruce Lipton, biólogo celular y Kazuo Murakami, bioquímico, con ellos podemos mejorar nuestra salud y nuestra vida. Sabemos que sólo tenemos activos entre un 5% y un 10% de nuestros genes y estos científicos sostienen que tanto los pensamientos como los sentimientos positivos pueden activar los genes inactivos y ayudarnos a desarrollar los maravillosos talentos que tenemos latentes en nuestro interior.

Los sentimientos positivos pueden activar nuestros genes y cambiar el rumbo de nuestras vidas.

El pensamiento negativo es muy nocivo para los genes, si queremos influir en ellos lo más importante es mantener una actitud positiva en todo momento, no importa cuán negativa sea la situación. (Murakami, 2007, pp. 79 y 198)

Los pensamientos positivos son un imperativo biológico para una vida feliz y saludable. (Lipton, 2007, p. 195)

De esta manera, al ofrecerles estos conocimientos, les estaríamos ayudando a crecer como personas sanas en todos los campos y al mismo tiempo preparándoles como ciudadanos honestos, responsables y con principios éticos, para que cuando llegue el momento de asumir la paternidad-maternidad, puedan transmitir estos valores de manera natural a sus hijos/as. ¿Estaríamos, pues, sentando así las bases en las que podría sustentarse una sociedad naturalmente sana ¿Estaríamos ayudando así a mejorar a las generaciones futuras? ¿Podríamos ir de paso solucionando la violencia en las relaciones entre los propios adolescentes, con los padres, con los profesores...? Estaríamos trabajando de esta manera en el campo de la prevención. Ya decía Hipócrates: “Mejor la prevención que la terapia”. Por lo tanto esta preparación sería importante, tanto para su vida personal, como para la familiar y social, presente y futura.

En el siguiente punto abordaríamos:

3.2. La concepción

Hoy en día observamos con preocupación, cómo los adolescentes comienzan a hacer sus incursiones en el campo de la sexualidad prematuramente y, cada vez a una edad más temprana, con los consiguientes riesgos que ello conlleva, en una etapa de su vida en la que todo su organismo está en fase de desarrollo y ajuste y no tienen, todavía, ni la madurez psíquica necesaria, ni los conocimientos para saber discernir las consecuencias.

En los centros educativos, en general, la educación sexual que se da está enfocada, sobretodo, a cómo evitar las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados; tal y como están las cosas esto es una realidad que hay que afrontar, pero esta información no es suficiente. Para evitar las consecuencias que las prácticas sexuales pueden tener, se les ofrece información sobre todos los medios necesarios (preservativos píldora, píldora del día después, vacunas...) que pueden utilizar para protegerse contra los embarazos no deseados, pero que no siempre protegen de las enfermedades de transmisión sexual, y además no se tienen en cuenta los efectos secundarios que pueden producir. ¿Tendríamos que reflexionar si, quizás, no les estamos facilitando las cosas para que se lancen a la sexualidad y a realizar todo tipo de experiencias con ella, al ofrecerles todos los medios seguros para ello, sin tener aún la madurez y el sentido de la responsabilidad desarrollados, y sin complementarlo con otras informaciones? Por otra parte, la facilidad con la que pueden acceder a todo tipo de información gracias al avance de las nuevas tecnologías, entre éstas internet, les permite introducirse en páginas no siempre recomendables ni adecuadas.

Por otra parte, podemos constatar fácilmente, si echamos un ligero vistazo a lo que ofrece un tipo determinado de literatura, las películas, el mundo de la publicidad (basta mirar los anuncios en la TV. de perfumes...) y el ejemplo dado, a veces, de manera irreflexiva por los adultos, como todos dan una visión banal, superficial e incluso agresiva de la sexualidad, ligada a estereotipos machistas y con una visión la mayor parte de las veces, distorsionada de la mujer.

Cada vez más observamos cómo se distancian, en nuestra sociedad, sexualidad y amor y cómo los adolescentes se lanzan a todo tipo de experiencias, sin estar preparados para ellas, y tampoco sin ser conscientes de las consecuencias. Pero lo cierto es, que más allá de todo esto, existe una sexualidad ligada al amor

profundo que une a dos seres y es esta sexualidad, quizás, ¿la que habría que recuperar y es en esta sexualidad quizás en la que habría que educar a los adolescentes?

Esto nos posibilitaría abordar el tema de la sexualidad, y tal vez hacerles reflexionar sobre ella, desde otro punto de vista, para así poder evitar o paliar el aumento creciente de embarazos no deseados, entre los adolescentes, y cada vez a una edad más temprana. Es, pues, aquí donde la educación prenatal, podría ofrecer la alternativa para conseguirlo. Seguiríamos actuando, por lo tanto, con estas informaciones en el campo de la prevención.

La Doctora Lavinia Nanu nos dice:

Si la vida sexual comienza demasiado pronto, en la adolescencia, por ejemplo, las energías del cuerpo son dirigidas hacia esta actividad y utilizadas para alimentarlo, en detrimento del desarrollo fisiológico del organismo. Cuanto más precoz sea el comienzo de la vida sexual, las energías del cuerpo más se debilitan a la edad adulta, testimonian los estudios que nos dicen que la esperanza de vida baja y el riesgo de muerte prematura aumenta en aquellas poblaciones que comienzan su actividad sexual y traen niños al mundo muy pronto en la vida. (Carballo y Vizcaino, 2017, p.30)

Por tanto, sería conveniente hacerles comprender que toda relación física que implique el acto sexual debería estar inspirado por el amor y que él exige una madurez no sólo física, sino también mental y emocional, entre otras razones porque él puede llevar a la concepción de un hijo/a y es aconsejable que ella sea el resultado de un acto de amor consciente, realizado cuando dos seres que se aman deciden de manera responsable engendrar una nueva vida.

La biología nos dice que estamos habitados, porque como nos dice la biología, estamos habitados por millones de células, y estas células son inteligentes, dado que tienen la capacidad de grabar información y luego al multiplicarse de transmitirla. Por lo tanto, si la concepción es un acto de amor consciente, esta primera

célula que se va a crear ¿qué va a grabar?... ¡Amor! con lo cual el nuevo ser va a comenzar a desarrollarse y a educarse en este primer registro de amor.

¿Sería este ya un buen comienzo?

La importancia dada al momento de la concepción aparece reflejada, a lo largo del tiempo, en escritos y en prácticas recomendadas a las parejas, en las diversas culturas, desde las más refinadas a las más primitivas, como por ejemplo en China, India, Grecia, o entre los aborígenes de Australia, o en tribus de África y de la Amazonía.

En la India védica, para el momento de la concepción, buscaban el horario más propicio y daban mucha importancia al estado de espíritu de los padres en dicho momento. Y en Australia, según la tradición de los aborígenes, el padre del niño/a que será concebido tendrá que verlo en el sueño antes de venir al mundo. En Grecia:

Platón en “Las Leyes”, aconsejaba al Estado cuidar de la educación de las Almas de los ciudadanos desde la concepción.

Y en el “Banquete”, define a Eros como siendo de naturaleza humana y de naturaleza divina, deseando lo bello y lo perfecto...

Eros debe reinar en el alma de los esposos en el momento de la concepción para que su cualidad divina sea transmitida al hijo. Que los esposos cultiven en ellos la virtud ética para que sus almas florezcan y su perfume colme el alma del hijo...que nacerá así bello de cuerpo y de espíritu. (Bertin, 2006, p. 19)

Otro aspecto a tener en cuenta en el momento de la concepción y que podríamos indicarles, es el de tener una idea, introducir un pensamiento: ¿Cómo deseamos que sea ese nuevo ser que vamos a traer? y pensar, por ejemplo, que será un ser magnífico que manifestará en la vida las mejores cualidades...

Empédocles, filósofo griego, decía:

el hijo/a se asemeja a la imagen que la mujer encinta lleva en su imaginación en el momento de la concepción. Mujeres enamoradas de estatuas de dioses y de héroes, trajeron al mundo a seres que se les parecían. (La educación prenatal, de la Grecia antigua al siglo XXI, 1994, 2º Congreso Mundial sobre Educación Prenatal, Atenas, p. 53)

Estos conocimientos que ofrecemos a los adolescentes y jóvenes, con mucho amor, cuidado y respeto, pueden ir, quizás, abriendo ventanas en ellos a la reflexión y a la toma de conciencia, al darles otro punto de vista y una dimensión más profunda y plena de contenido, sobre cuestiones de las que generalmente no se habla, y que pueden dar un sentido o servir de orientación a su vida.

3.3. La gestación

Todos los cambios que se han probado hasta el momento bajo el punto de vista técnico, económico, médico, etc., no han mejorado a la raza humana, que sigue viviendo con las mismas pasiones, las mismas maldades que antes... ¡E incluso posiblemente superándolas! Sin embargo, la humanidad puede mejorar, pero a condición de comenzar por el principio: la madre en el período de gestación. (Aïvanhov, 2001, p. 39)

La idea que generalmente se tiene de la maternidad, es la de que es algo que concierne a las mujeres, porque son ellas las que tienen el poder, que les ha dado la naturaleza, de formar una nueva vida. Pero precisamente uno de los objetivos que pretendemos conseguir a través de estas informaciones es el de poner de relieve y que tomen conciencia de que es una responsabilidad compartida a lo largo de todo el proceso, que comienza con la preparación, dado que el capital genético que legamos es de los dos, y que por lo tanto les corresponde un 50% a cada uno, pasando por la concepción que es también al 50%. Y durante el periodo de la gestación, aunque es evidente que la mujer va a tener un protagonismo mayor, no debemos olvidar ni descuidar la importancia del papel del padre, para que el embarazo pueda llegar a buen puerto.

Un proverbio chino dice que: “*Si bien la madre es la que lleva a su hijo, al padre le corresponde llevar a la madre y al hijo*”.

O como decía Pitágoras: “*Nada más venerable que la cualidad de padre*”.

Quizás, de esta manera podamos ayudar a los chicos a abrir su corazón y su mente, para que dejen de considerarse como meros espectadores, y empiecen a sentirse protagonistas activos en todo el proceso. Abrirles un espacio a la reflexión sobre la importancia de su papel, como creadores de vida que son, recuperando así la dimensión y grandeza del principio masculino en esta empresa.

¿Es necesario que los adolescentes sepan el trabajo que una mujer realiza durante los nueve meses de gestación? Yo opino que sí por diversas razones, pero aquí voy a dar solamente dos, porque son las que considero más inmediatas: una porque pueden tener a alguna mujer embarazada a su alrededor, como dijimos anteriormente, y otra porque, aunque no es lo deseable, pueden encontrarse con un embarazo no deseado en esta edad.

Durante este periodo de la gestación, la mujer puede realizar un trabajo extraordinario sobre el nuevo ser que va a venir al mundo, pero para ello es conveniente que tenga la ayuda, el cariño y la comprensión de todo su entorno (pareja, familia, trabajo y sociedad en general). Pues como los científicos nos están diciendo, nuestra posterior vida de adulto estará marcada por lo que la madre haya vivido durante esta etapa.

Por lo tanto, la mujer-adolescente y los chicos deben saber, que todo lo que la madre vive el bebé lo vive también, y que es por ello aconsejable que viva en un estado de paz y tranquilidad durante la gestación, y que procure mantener pensamientos y sentimientos positivos en su interior, pero para ello va a necesitar la ayuda y la colaboración de todos.

Leonardo Da Vinci decía en el S. XVI: “Una misma alma gobierna dos cuerpos...todo querer, deseo supremo, temor o dolor del espíritu de la madre alcanza poderosamente al hijo... (Verny, 1988, p. 30)

Los científicos, Bruce Lipton y Kazuo Murakami destacan la importancia de cultivar pensamientos y sentimientos positivos, porque ellos nos dicen, pueden activar nuestros genes latentes y despertar el potencial que tenemos “dormido”. Por otra parte, una visión positiva de la vida nos aporta alegría, bienestar, tranquilidad, nos da seguridad y el bebé, poco a poco, se va impregnando de todo ello durante los nueve meses de vida intrauterina

¿Será pues ya esto una ventaja para su desarrollo?

Otro aspecto a destacar sería el papel que desempeña la imaginación. Que la mujer imagine que el ser que está gestando será sano, inteligente, amoroso, pacífico...y que se concentre en estas imágenes, de esta manera las fuerzas del subconsciente lo llevarán a cabo y se irán imprimiendo poco a poco en el bebé.

Paracelso, médico y alquimista decía en el S.XVI “*que la mujer es la artista de la imaginación y su hijo el lienzo en el que ella dibuja sus imágenes*”.

Hablarles así mismo, de lo delicado que es un ser en gestación y que por lo tanto hay que evitar todo lo que pueda perturbar la paz y la tranquilidad que necesita para crecer en las mejores condiciones como: las músicas fuertes, disonantes, agresivas tipo: rock, heavy metal, tecno...que sepan que hay ya muchos estudios sobre el efecto de las músicas en los bebés y que ellos manifiestan preferencia por las músicas suaves, la clásica... Sería interesante que supieran que según un nuevo estudio, llevado a cabo por científicos finlandeses, de la Universidad de Helsinki, las personas que escuchan música clásica experimentan cambios positivos en la actividad de sus genes, y que ella desarrolla y protege el cerebro, por esto remarcan el familiarizarse con la música clásica. Esto nos permitiría así mismo, poder tocar el tema de las músicas

estructuradas y desestructuradas y de los efectos negativos o positivos que ejercen sobre nuestras neuronas y sobre nuestra salud en general. La educación prenatal, por lo tanto, en el medio escolar, nos posibilita el poder ampliar, profundizar y tratar transversalmente diversos temas, muy necesarios y convenientes en este momento para la vida de los adolescentes.

De la conveniencia de evitar todas las sustancias tóxicas (alcohol, tabaco, drogas en general...) que ellas igual que el estrés continuado son muy dañinas para el bebé en formación, que pueden afectar no sólo a órganos y sistemas, sino también al coeficiente de inteligencia, entre otras cosas... de la necesidad de evitar también las lecturas, espectáculos, películas y conversaciones negativas o deprimentes...

Nunca es demasiado temprano para empezar a desarrollar los potenciales de una persona. En esto la Educación Prenatal es importantísima. Al decir Educación Prenatal me refiero a que la futura madre elija de manera consciente, escuchar buena música, leer buenos libros, ver buenas obras de Arte y hablar con amor al hijo que lleva en las entrañas para educarlo. Esto también implica evitar cosas que inspiren emociones negativas, pues se considera que pueden dañar el bebé. (Murakami, 2007, p.85)

Además de las recomendaciones básicas que se deberían evitar durante la gestación, es conveniente que sepan también las cosas que son aconsejables practicar. Algunas ya las hemos citado anteriormente; otras son: el contacto con la naturaleza, fuente de salud. Si el padre y la madre aman la naturaleza y la consideran con respeto, esto irá impregnando al bebé y quizás de esta manera ¿podremos ir trayendo al mundo seres más ecológicos? Seres que amarán y respetarán, por consiguiente, a la Naturaleza y al Planeta. Hablar al bebé, él capta el tono emocional. Si le hablamos con dulzura y amor, va a hacer que se sienta querido. Aquí el padre tiene una oportunidad magnífica para ir creando un vínculo afectivo con su hijo/a, a través de su voz y de sus palabras.

Contemplar obras de Arte, o cosas bellas en general, que inspiren y nos ayuden a experimentar sentimientos nobles...De esta manera el bebé se va educando desde el inicio, desde bases sólidas en las que podrá sustentar su vida y salud futuras.

Seguimos abriendo ventanas en cada apartado a la reflexión y a la toma de conciencia y llegamos al nacimiento.

3.4. El nacimiento

Aquí sería conveniente tocar diversos aspectos como: la importancia de cómo nacemos, pues él va a determinar algunas de nuestras actitudes posteriores en la vida. El Doctor Michel Odent nos dice: *“no se podrá cambiar la vida sin cambiar primero la forma de nacer”*.

Generalmente en torno al nacimiento hay muchos mitos y miedos que se van transmitiendo de generación en generación, y que debemos desvelar para darle al nacimiento el lugar que le corresponde de momento mágico, maravillo y único que si se vive en sintonía, madre, padre y bebé favorece la creación de vínculos fuertes y duraderos que podrán evitar muchos problemas que se manifestarán más tarde, a medida que vamos creciendo. A veces pueden ser pequeños inconvenientes y otras veces pueden convertirse en serios problemas.

Otro aspecto a desterrar es el de que nacimiento tiene que estar necesariamente ligado al dolor. Hoy en día existen diversas prácticas que se pueden realizar durante el embarazo para preparar el momento del nacimiento con el fin de que éste sea rápido y sin mucho sufrimiento para madre y bebé. Aspectos a destacar serían: la importancia de recibir al bebé en un clima de afecto y calma, con paciencia y confianza en que todo irá bien, y que en el caso de plantearse algún problema, el amor y la atención que hemos dado al bebé, y que le seguimos dando, van a ayudarlo en esta situación. Si el embarazo se ha llevado bien, lo más normal es que el nacimiento discurra sin complicaciones. La

conveniencia también de que el nacimiento se produzca en un ambiente acogedor para que la madre se sienta segura y tranquila y pueda transmitírselo al bebé.

3.5. La lactancia materna

Estas bases de la Educación Prenatal que hemos tratado en los diferentes apartados se completan con la lactancia materna, siempre que se pueda. En nuestra sociedad actual se estaba perdiendo, por diversas razones que no voy a enumerar y que estaban ligadas al estilo de vida y que hoy afortunadamente se está recuperando. Existen, hoy en día, muchos movimientos de madres que la están reivindicando dada su importancia. La lactancia materna ayuda a crear un puente entre la vida intrauterina y extrauterina y es a través de ella que continuamos dando amor y seguridad al bebé y reforzando los vínculos afectivos que serán para toda la vida. No sólo es el alimento más compatible para el delicado organismo del bebé y el más completo, al aportarle los elementos nutritivos esenciales, además del ahorro que supone en tiempo, dinero y comodidad; sino también porque es un momento de intimidad entre madre e hijo/a, en el que puede aprovechar para darle mucho amor, con sus palabras, su mirada, su atención, por eso es conveniente que esté concentrada en el bebé cuando le amamanta.

El bebé reconoce olores y sabores en la leche materna que le conectan con su vida intrauterina, escucha el latido del corazón de su madre...elementos que le dan seguridad y tranquilidad. Seguimos educándole pues, con la ternura y el amor de este momento. Y quizás también dignificando y rescatando la belleza del papel de la mujer-madre. ¿Si un ser ha sido concebido, gestado, amamantado con amor, habrá aprendido a amar a su madre y a respetarla y a través de ella a amar y a respetar a todas las mujeres? ¿Podría ser esto una solución al maltrato?

Hoy en día, gracias al avance de la ciencia y de la técnica, sabemos muchas cosas sobre la vida intrauterina. Tenemos mucha información sobre ella, y sobre la influencia que ejerce en nuestra vida de adulto. Así que podríamos beneficiarnos de ellos y ofrecerle, a las generaciones venideras, un futuro más esperanzador. Ahora estamos viviendo momentos muy difíciles a nivel planetario, y podría ser que ¿quizás por esto ha resurgido la Educación Prenatal y la oportunidad de darla a conocer, a fin de formar con ella a las nuevas generaciones e intentar cambiar el rumbo actual de la humanidad?

¿Es importante que los adolescentes tengan estas informaciones para que aprendan a darle valor a la vida y a respetarla desde el inicio?

¿Puede darles una visión más amplia y profunda de ella, rescatando aquellas cuestiones importantes que en nuestra sociedad se han descuidado y banalizado? ¿Estaríamos quizás así, poniendo de relieve y volviéndole a dar a la vida humana su verdadero valor, grandeza y dimensión?

¿Podría hacerles reflexionar sobre lo que significa ser hombre y mujer, sobre el valor que tanto uno como otro tienen y de la necesidad de colaborar y ayudarse para crear una sociedad nueva, en la que el amor, la armonía y el respeto sean algo más que palabras?

¿Les estaríamos ofreciendo un Ideal que podría dar un nuevo sentido a sus vidas, ya que con estos conocimientos podrían ser uno de los artífices de la mejora de las generaciones futuras y por consiguiente de una sociedad de Paz?

Aquí dejo abiertas un amplio abanico de interrogantes para la reflexión, el estudio y la investigación. Y después serán ellos los que decidirán en total libertad qué hacer con esta información.

¿Quién va a enseñar a la juventud actual los conocimientos necesarios para vivir una vida armoniosa, tanto personal como familiar o colectiva? He aquí por lo que es aconsejable informar a los futuros padres sobre la Educación Prenatal.

Que gran avance, para los padres y los niños venideros, el día que los sistemas sociales, médicos y psicológicos propongan, incluso antes de la concepción, una verdadera preparación a la maternidad – paternidad. (Imbert, 2004, p. 43)

Por todo ello sería interesante y conveniente integrar la Educación Prenatal en el sistema educativo y que pueda convertirse en una materia necesaria en el currículo escolar. En cuyo caso, ¿cómo llevarla a él? Podría ser, básicamente, a través de dos posibles vías: una la del propio profesorado y otra la de los difusores/as de Educación Prenatal externos.

4. Necesidad de formación

En ambos casos es imprescindible realizar una formación. Para impartirla, se necesitarán algunos requisitos básicos que habrá que tener en cuenta, como:

Amar y sentir lo que se quiere transmitir, porque eso es lo que va a llegar a los adolescentes y les va a hacer receptivos a lo que les vamos a exponer. Esta es una clave, para mí personalmente, básica e importante, cuando vamos a comunicar con las personas, si queremos que la información que pretendemos dar, llegue verdaderamente. Ella es la que me ha guiado y ayudado, durante todos los años que he trabajado en la Enseñanza Pública y ha sido siempre una fuente de satisfacciones, que ha mantenido intacto a lo largo de los años mi entusiasmo y vocación. Evidentemente esto es algo que no se puede enseñar, pero es bueno tenerlo en cuenta.

Poseer los conocimientos científicos, históricos y filosóficos que permitan sostener y sustentar lo que pretendemos dar a conocer y disponer de los recursos materiales que nos servirán para ilustrarlo.

Conocer los niveles educativos con los que entraremos en contacto y la psicología de los adolescentes. El profesorado esto lo domina bien, porque trabajan diariamente con ellos en su medio, y saben cómo adaptar el discurso y el lenguaje para llegar a los adolescentes. Por ello serían los más indicados para impartir estos conocimientos en el medio escolar. Aunque los difusores externos puedan realizarlo también con una sólida formación y empatía.

Que el discurso sea integrador para que los chicos sientan su protagonismo y responsabilidad directa en todo el proceso.

5. ¿Dónde podríamos incluirla dentro del sistema educativo?

Se podría impartir como asignatura en sí misma independiente, pero también, dada la amplitud de aspectos que toca la Educación Prenatal, sería útil e interesante en la hora de tutoría y transversalmente en asignaturas como Biología, Filosofía, Ética, Historia...

Recientemente se ha publicado el libro: "Educación Prenatal, Educación para la Paz, una educación en valores desde el inicio", que está orientado a los centros educativos y a los profesores y difusores externos que quieran llevar estos conocimientos a los mismos. En él hay un amplio y variado material que puede ser de gran utilidad para ambos.

6. ¿Dónde Realizar la Formación?

Podría realizarse a través de los Centros de Profesores (CEP) y de las Universidades. Tenemos algunos ejemplos pioneros en este campo, como el realizado en la Universidad de Brasilia (Brasil) y el de la Universidad para extranjeros de Perugia (Italia).

Hasta ahora a nivel general, la formación se ha llevado a cabo por profesionales cualificados del mundo de la medicina, psiquiatría y psicología...y a través de asociaciones como la APPPH (Association for Prenatal and Perinatal Psychology and Health), creada por Thomas Verny y David Chamberlain, o como las de Educación Prenatal (ANEP), que existen repartidas en 22 países del mundo, en los diferentes continentes, y que a su vez forman parte de la OMAEP (Organización mundial de asociaciones de Educación Prenatal) y que es miembro del ECOSOC, organismo dependiente de la ONU. Dicha formación se ha realizado y realiza mediante, cursos, talleres, seminarios y congresos, impartidos en todo el mundo.

7. Conclusiones

A modo de conclusión, quisiera terminar este artículo con las palabras de los propios adolescentes, expresadas en las diferentes evaluaciones realizadas con ellos, en diversos centros educativos, en los que vengo trabajando de manera continuada desde hace años.

Pregunta. ¿Te ha parecido interesante la charla, crees que es bueno tener esta información para el futuro?

Respuestas: Imprescindible para el futuro, para saber qué hacer en estos casos. Sí, creo que esta clase de temas se deberían tocar más en el IES, mucho antes que otras cosas que jamás vas a volver a utilizar. Interesante y bonita. Por intentarlo no pierdo nada. Me ha parecido muy útil e interesante, es una información difícil de encontrar y que nos la den nos ayudará mucho a

la larga. Sí, ya que este tipo de información no se aprende en casa. Sí, porque nos ayuda mucho para cuando en el futuro nos decidamos a tener una familia con nuestra pareja, como las recomendaciones, precauciones... Sí, no sabía que un bebé, en el vientre de su madre, recoja tanta información de lo que ella ve y escucha. Que un hijo se hace con una persona que amas y en un buen ambiente, no a lo loco. Sí, porque la gente estaría más concienciada a la hora de tener un bebé, en hacerlo con amor y respeto. Por supuesto, bebés bien educados desde el principio, son adultos conscientes y sin odios.

Pregunta. ¿Qué aspectos de la vida te parece que se podrían solucionar si esta educación se generaliza?

Respuestas: La delincuencia, la corrupción, las guerras, el bulling, y el egoísmo. Padres más considerados con sus hijos. Muchos problemas sociales como el respeto mutuo... La justicia, la humanidad, la educación, la violencia, el compañerismo, las influencias paternas. Bebés más sanos. Que los niños nacerían más centrados ya que no han tenido malos hábitos antes de nacer y al ser más grandes ellos harían igual. La falta de educación, de solidaridad y de cariño de la gente. Los malos tratos. El racismo, la violencia de género... Carmen Carballo - Pilar Vizcaíno. (2017, pp.109-110)

8. Referencias

- Actas del 2º Congreso Mundial de Educación Prenatal. (1994). *De la Grecia antigua hasta el siglo XXI*. Atenas.
- Aïvanhov, O. M. (2001). *Una educación que comienza antes del nacimiento*. Barcelona: Editorial Prosveta.
- Bertin, M. A. (2006). *La educación prenatal natural: una esperanza para el niño, la familia y la sociedad*. Madrid: Mandala.
- Carballo, C. y Vizcaíno, P. (2017). *Educación Prenatal, Educación para la Paz. Una educación en valores desde el inicio*. Florencia: Editorial Stella Matutina.
- Imbert, C. (2004). *El futuro se decide antes de nacer*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lipton, B. (2007). *La biología de la creencia*. Madrid: Palmyra.
- Murakami, K. (2007). *El código divino de la vida*. México: Alamah México.
- Odent, M. (2003). *El granjero y el obstetra*. Buenos Aires: Creavida.
- Verny, T. y Kelly, J. (1988). *La vida secreta del niño antes de nacer*. Barcelona: Urano.

EDUCACIÓN PRENATAL Y ENFERMEDADES RARAS. ESTUDIO DE UN CASO: EL SÍNDROME WEAVER

Resumen

1. La importancia de la educación prenatal en las enfermedades raras
2. Estudio de caso analizado: niño con síndrome Weaver
 - 2.1. Características del síndrome Weaver
 - 2.2. Descripción del caso
3. Conclusiones
4. Referencias

EDUCACIÓN PRENATAL Y ENFERMEDADES RARAS. ESTUDIO DE UN CASO: EL SÍNDROME WEAVER

Silvia Moratalla Isasi
Cristina Sánchez Romero

Resumen

En este artículo se presenta un estudio de caso de una familia a la que le comunicaron que su hijo era portador de una enfermedad rara, concretamente el Síndrome Weaver. Los distintos problemas que el neonato presentaría eran necesarios tratarlos desde la etapa prenatal y continuar durante sus primeros años de vida, pues es un periodo con características y necesidades específicas, diferentes a las de cualquier otro momento. Desde el punto de vista de la medicina, los síndromes raros requieren de un diagnóstico prenatal para abordar individualmente los síntomas lo antes posible. Educativamente también los síndromes raros lo requieren, mediante una formación en educación prenatal de la madre, padre y otros familiares en aspectos como la resiliencia, es decir, la manera de afrontar situaciones difíciles, contradicciones y traumas de manera adecuada, en técnicas de relajación y en técnicas de estimulación para optimizar el desarrollo de los sentidos del feto. La finalidad de este estudio de caso era conocer si la educación prenatal tenía un efecto positivo tanto en la madre como en el bebé con síndrome Weaver y prevenir más disfunciones, que las propias de la enfermedad rara. Otra finalidad era la de establecer las medidas organizativas y curriculares que el niño con síndrome Weaver necesita tras el nacimiento, mediante la evaluación de sus capacidades y el seguimiento de la evolución del desarrollo de las aptitudes del mismo en el proceso de enseñanza-

aprendizaje. Del estudio se concluye que la formación de la madre, padre y otros familiares del niño con síndrome Weaver, en educación prenatal, es fundamental para reducir el nivel de ansiedad de la madre, para mejorar su estado emocional y para afrontar situaciones difíciles. Esta mejora física y emocional que la madre experimenta, junto con la aplicación de técnicas de estimulación favorecen el desarrollo del feto.

Palabras clave

Síndrome Weaver, educación prenatal, dificultades de aprendizaje, medidas organizativas, evaluación, pedagogía prenatal, resiliencia.

I. La Importancia de la Educación Prenatal en las Enfermedades Raras

Distintos estudios realizados por disciplinas especializadas, a partir de los años 70, nos han dado a conocer la importancia de la etapa prenatal y de la primera infancia (Murphy & Kovac, 1972; Campos Castelló, 1976; Conger, 1977). Estos primeros momentos del ser humano son fundamentales en el desarrollo del niño: físico, cognitivo, emocional y social, pues son los periodos en que se sientan las bases del desarrollo posterior e influyen sobre su salud, aprendizaje, relaciones, comunicación, competencias y conductas para el resto de su vida (Cárdenas Sierra, 2008).

Incluso algunos estudios afirman la posibilidad de que el desarrollo del feto y del niño en sus primeros momentos se pueda alterar según el entorno físico y social que le rodee. Sameroff, Chandler y Horowitz (1975) afirman que el feto es altamente vulnerable a la influencia de experiencias adversas que pueden tener efectos negativos duraderos en el bienestar físico y psíquico.

La educación que los padres proyectan sobre un ser humano empieza desde la gestación. Éstos esperan que sus hijos sean lo que ellos desean, pero cuando son informados de que su hijo presenta una enfermedad rara se convierte en un duelo. Esto es entendible porque las enfermedades raras están caracterizadas por el gran número y amplia diversidad de desórdenes y síntomas que varían no sólo de enfermedad a enfermedad, sino también dentro de la misma enfermedad, que hace difícil su diagnóstico y su tratamiento posterior porque la misma condición puede tener manifestaciones clínicas muy diferentes de una persona afectada a otra.

Durante la etapa prenatal el neonato portador de una enfermedad rara requiere para su manejo un enfoque multidisciplinar que involucre a diferentes especialistas médicos, psicólogos y educadores. Sin éste, el manejo y consejo se hace

difícil y más aun, deficiente. En esta etapa es donde se traza un plan de seguimiento y modo de nacimiento para el neonato y, a los padres se les prepara para enfrentar el momento del nacimiento de su hijo.

Si bien la mayoría de enfermedades raras no tienen tratamiento prenatal, el preparar al equipo médico para recibir al neonato con problemas mejorará la condición postnatal y facilitarán los cuidados futuros. Igualmente, el condicionar a los padres entregando las herramientas para entender la enfermedad y aconsejar desde el punto de vista humano y médico facilitará la tarea del equipo multidisciplinar e influirá positivamente en el feto.

El apoyo y orientación a los padres requiere de conocimiento y destrezas que la pedagogía prenatal les puede aportar y, que favorecerá la progresiva construcción del vínculo padres-hijo.

Las reuniones periódicas de los padres con los múltiples especialistas, permitirán el intercambio de información, resolver las dudas que surjan y reorientar el enfoque si fuera necesario.

Todo lo dicho anteriormente, hace que nos planteemos la importancia de una intervención educativa en esta primera etapa, a través de la educación prenatal, que contribuirá al desarrollo del ser humano, favoreciendo y compensando los posibles factores adversos: ambientales, físicos y/o psíquicos y, que hace referencia a la salud, seguridad, alimentación, sueño, higiene, afectividad, el desarrollo del sistema nervioso, la comunicación, los vínculos afectivos con la madre, el padre o ambos (Bahamón, 2011).

Los padres debían ser formados en aspectos como la resiliencia porque así, cuando son informados de los problemas que su hijo tiene, podrían aplicar estrategias que les ayudasen a la toma de conciencia de la realidad, a favorecer la autoconfianza o a facilitar una vinculación más sana y positiva durante la etapa prenatal.

Para que los padres puedan tener unas bases sólidas, que provee la educación prenatal, no sólo para una comunicación sana dentro del núcleo familiar, sino para desarrollar las potencialidades del ser humano y posibilitar una mejor adaptación al mundo (Fermín, Gonzales y Pazo, 2009) es necesario que antes hayan recibido, a través de una pedagogía prenatal, una formación que promueva la interacción prenatal saludable y la estimulación prenatal. Este enfoque daría beneficios en todos los ámbitos en el personal, familiar y social (Hurtado, Cuadrado y De la Herrán, 2015).

Hay poca información sobre las enfermedades raras. Esta situación de desinformación afecta principalmente al ámbito familiar y se traslada al ámbito socioeducativo. Una mayor información sobre éstas y una buena formación en educación prenatal favorecería el desarrollo del niño con enfermedad rara, a través de una actuación conjunta de la familia y los distintos profesionales del entorno.

2. Estudio de Caso Analizado: Niño con Síndrome Weaver

2.1. Características del síndrome Weaver

Este síndrome se caracteriza por hipercrecimiento prenatal y postnatal, facies inusual, maduración ósea avanzada y camptodactilia. El retraso mental puede ser desde ligero hasta severo. Muchos de estos elementos se asemejan al síndrome Sotos, los pacientes con síndrome Weaver presentan hipertelorismo, pabellones auriculares grandes, puente nasal deprimido, inclinación antimongoloide de los párpados, pero el cráneo, en muchos casos, no es dolicocefalo (el occipucio es, a menudo, plano), no tienen mentón prominente y la cara es ancha (Sotos, 2004).

El síndrome Weaver, en la clasificación del ICD-10, se encuentra en el grupo Q87.3 de las Malformaciones Congénitas, entre los síndromes de sobrecrecimiento temprano, junto al síndrome Sotos y Beckwith-Wiedmann (ICD, 2007).

Diversos autores coinciden en que la causa de este síndrome no se conoce y no está localizado el gen que lo identifica (Bansal & Bansal, 2009) y surge de forma esporádica (Proud, Braddock, Cook, Weaver, 1998).

2.2. Descripción del caso

Nuestro estudio de caso está centrado en una familia que le fue informada de que su hijo padecía una enfermedad rara, Síndrome Weaver, en la etapa prenatal y, el tratamiento desde el quinto mes de gestación y seguimiento durante los primeros años de la infancia del niño.

a. Etapa prenatal

Según consta en informes, los padres tras ser informados de los problemas de su hijo pasaron por varias etapas. La primera fue la negación, pues se aferraban a que el diagnóstico era erróneo. Posteriormente pasaron a otra etapa en la que empezaron a aceptar el diagnóstico y, a dialogar con el médico sobre los problemas de su hijo. La madre poco después comenzó a manifestar síntomas de ansiedad. La aceptación de la enfermedad no se produjo hasta pasado un año del nacimiento del niño.

La madre desde el tercer mes del embarazo comenzó a vivir éste como un acontecimiento estresante, pues comenzó a tener dudas sobre si el embarazo iba bien, si el bebé gozaba de buena salud y tenía miedo sobre las posibles complicaciones durante el mismo. La comunicación de que su hijo padecía una enfermedad rara le fue provocando ansiedad. El padre estuvo implicado y apoyó durante todo el periodo de gestación a la madre. Aspecto éste importante según Shereshevsky y Yarrow (1973).

A partir del quinto mes los padres comenzaron a recibir sesiones en las que se les informaba sobre el estrés y lo perjudicial que era sobre el feto y, se les enseñaban técnicas y estrategias no sólo para reducirlo sino también para potenciar el desarrollo optimizando el desarrollo de los sentidos del bebé, durante la gestación y hasta su nacimiento. La finalidad era prevenir más disfunciones, que las propias de la enfermedad rara, síndrome Weaver. La frecuencia de estas sesiones era de dos por semana de aproximadamente una hora y quince minutos y, se mantuvieron hasta dos semanas antes del nacimiento del bebé. La primera media hora se trabajaban contenidos tales como:

1. Qué es el estrés y los cambios que hay en el cuerpo.
2. Cómo se transmite entre madre e hijo y cómo le repercute al bebé.
3. Cómo repercute las actuaciones de la pareja y los familiares cercanos sobre la madre y, por tanto, en el bebé.
4. La importancia de una buena alimentación, dormir bien...
5. Estrategias para disminuir el estrés que le provocan ciertas situaciones o preocupaciones.
6. Técnicas de estimulación para el desarrollo de los sentidos del bebé.

A estas sesiones acudieron la madre y el padre y, cuando éste no podía lo hacía un familiar cercano, casi siempre la hermana o la madre de la futura madre. Este aspecto era muy importante debido a que durante el periodo de gestación la futura madre estaba experimentando no sólo los cambios físicos característicos sino también emocionales. Estos hacían que los pequeños sucesos, se convirtieran en acontecimientos importantes y más tras recibir la noticia de que su hijo padecía una enfermedad rara. En este caso la pareja y los familiares jugaron un papel importante, principalmente como figura para descargar y desahogar. De

acuerdo con Lafuente (2010) es importante facilitar a la madre un ambiente sosegado y los apoyos necesarios para afrontar demandas y tensiones excesivas.

En los 45 minutos restantes de la sesión se trabajó la relajación guiada y se le inició en el yoga, como metodología complementaria de la educación prenatal, ya que varios estudios científicos, casi todos asiáticos, sobre el uso del yoga en gestantes arrojaban resultados positivos. Los estudios tenidos en cuenta, que a continuación se enumeran, fueron interpretados con cautela, pues mostraban algunas limitaciones:

1. Los estudios de Sun, Hung, Chang y Kuo (2009), Wang, DeZinno, Fermo, William, Caldwell-Andrews y Bravemen (2005) y Mann, Kleinpaul, Teixeira y Konopka (2008) afirmaban que el uso del yoga aportaba una mayor sensación de bienestar y serenidad, además de tonificar y fortalecer la musculatura de hombros, espalda, piernas, abdomen y región perineal. Además, era especialmente útil para prevenir el dolor de espalda, común entre las gestantes, contrarrestando el desplazamiento del centro de gravedad y ayudando así a mantener una postura correcta.
2. Los estudios de Satyapriya, Nagendra, Nagarathna y Padmalatha (2009) demostraban que la práctica del yoga durante un embarazo reducía significativamente el estrés y la ansiedad materna, mejorando la respuesta autonómica adaptativa a la tensión.
3. Los estudios de DiPietro, Costigan, Nelson, Gurewitsch y Laudenslager (2009) mostraron objetivamente cambios en la respuesta y comportamiento del feto al inducir una relajación profunda durante dieciocho minutos, lo que permitía aventurar la existencia de asociación entre los niveles de ansiedad-relajación materna y la conducta del feto.

Por lo tanto, se consideró que era un buen momento para iniciarse en el mismo, puesto que la mayoría de las posturas podían adaptarse a las modificaciones corporales que sufría la gestante. La iniciación en el yoga le permitió aumentar la fuerza y el tono de la musculatura pélvica y abdominal, mejorar su flexibilidad y disminuir el estrés, el dolor de espalda, la fatiga y el insomnio.

Dentro de estas sesiones también se les enseñó técnicas de estimulación sencillas para optimizar el desarrollo de los sentidos del feto, base para el aprendizaje en las áreas auditiva, lingüística, motora y viso perceptiva, tales como:

- Estimulación auditiva: hablar con el feto para que reconozca las voces más familiares: madre, padre, abuelos, hermanos, etc.
- Estimulación táctil: presionar y/o masajear suavemente el vientre materno con las manos.
- Estimulación visual: utilizar estímulos luminosos para que reaccione el feto.

Se les indicó que estas técnicas de estimulación debían aplicarlas al feto de forma organizada y en un contexto coherente y repetitivo (utilizar las mismas canciones, un solo instrumento...). Los distintos especialistas implicados: médicos, psicólogo y educadores llevaron a cabo un seguimiento desde que comenzaron las sesiones y, recondujeron las mismas según el estado emocional de la madre.

Los resultados a destacar tras las actuaciones realizadas por el equipo multidisciplinar fueron las siguientes:

- La formación dada a los padres y familiares desde el quinto mes en las sesiones permitió que fueran afrontando las situaciones difíciles, las contradicciones y los traumas. Les ayudó a identificar sus miedos, sus ignorancias, sus limitaciones y sus intereses.

- El apoyo de la pareja y la familia fue muy importante para la madre, pues le daba tranquilidad y seguridad en sus acciones y, le bajaba el nivel de ansiedad.
- La práctica del yoga y la utilización de técnicas de relajación guiadas permitió, a la madre, aumentar la fuerza y el tono de la musculatura pélvica y abdominal, mejorar su flexibilidad y disminuir el estrés, el dolor de espalda, la fatiga y el insomnio, aspectos estos últimos que le afectaban mucho en su estado emocional.
- La utilización de técnicas de estimulación, para optimizar el desarrollo de los sentidos del bebé durante la gestación, hizo que la madre mejorara considerablemente su estado emocional. Al aplicar algunas de las técnicas, sobre todo las táctiles, notaba que el feto reaccionaba. Esto hizo que comenzara a pensar positivamente en él, hablarle y cantarle de forma natural, deseándole las mejores cualidades humanas y a amarle consciente y naturalmente.

b. Etapa postnatal

Durante los tres primeros años el niño continuó siendo tratado por el equipo multidisciplinar al que se le añadió el equipo de fisioterapia. Se le siguió tratando con técnicas de estimulación y con sesiones de fisioterapia. Una vez llegado el momento de la escolarización, a los 3 años, comenzó un nuevo período de estudios. El objetivo del estudio en la etapa escolar era mejorar todos los aspectos del desarrollo del niño con síndrome Weaver en el ámbito educativo con medidas organizativas y curriculares para su desarrollo socioeducativo en la escuela.

En esta etapa se realizó una evaluación de las capacidades del niño con síndrome Weaver. La finalidad era comprobar el grado de desarrollo de sus aptitudes para poder determinar si existía

retraso. Esta evaluación junto con los datos biomédicos fue crucial para elaborar una propuesta de trabajo ajustada a sus necesidades físicas y educativas.

Se le realizó una evaluación de las capacidades perceptivo-motoras, así como el desarrollo emocional. Asimismo, fue también básico determinar el desarrollo cognitivo general, pues este diagnóstico clarificó algunos de los resultados hallados en pruebas previas.

En el caso del síndrome Weaver que puede tener desde un retraso leve a severo (Sotos, 2004) fue conveniente realizar un estudio del lenguaje y habla del niño para la adquisición de la competencia social y comunicativa (Moratalla y Sánchez, 2010).

Todas estas evaluaciones previas, facilitaron un mayor y mejor conocimiento del niño en concreto y, por tanto, permitió definir el tipo de apoyo educativo, seleccionar, adecuar y elaborar materiales adaptados para facilitar el aprendizaje y ajustar la respuesta educativa al aula.

También, se precisó la valoración de factores conductuales, como el grado de aceptación del síndrome en el contexto más cercano, integración del niño, motivación, autoconcepto y autoestima, entre otros.

El alumno con síndrome Weaver puede tener problemas de conducta tales como falta de concentración y/o rabietas que suelen estar relacionadas con las frustraciones derivadas de los problemas de comunicación.

Toda esta información en su conjunto se consideró de manera global para entender las peculiaridades del niño y adaptar las medidas educativas a su singularidad.

El niño, cuando fue escolarizado, presentaba un retraso psicomotor que afectaba a todas las áreas del desarrollo con un grado de minusvalía del 58%.

En la evaluación psicopedagógica, llevada a cabo por el orientador del centro educativo en el que estaba escolarizado, se le aplicó el Inventario de Desarrollo Batelle. Este inventario aprecia el nivel de desarrollo del niño con o sin minusvalías, y permite evaluar su progreso, en cinco áreas diferentes: personal-social, adaptativa, motora, comunicación y cognitiva. Los resultados obtenidos indicaron que el niño poseía un retraso muy significativo en todas las áreas de desarrollo. Las puntuaciones en la comparación intra-sujeto determinó que estaba entre 8-15 meses.

El test de valoración de la Función Motriz Gruesa (GMFM-88) reflejaba problemas motores significativos:

- Decúbitos y rotaciones: 94,11% (100% con 1 año)
- Sentado: 66,66% (100% a los 2 años)
- Gateo y posición de rodillas: 7,14% (100% a los 2 años).
- Bipedestación: 33,33% (100% a los 4 años).
- Marcha, correr y saltar: 22,22% (100% a los 5 años)

Ha tenido tratamiento directo de fisioterapia y estimulación desde que nació. Cuando se escolarizó a los 3 años, recibió tratamiento un día a la semana en un aula multisensorial. Los resultados fueron positivos porque el tipo de estímulos de que estaba dotada el aula resultaban muy agradables al niño con síndrome Weaver y disfrutaba con el juego; por ejemplo, en la cama de agua admitía estar tumbado en prono o en supino y actividades de equilibrio que no permitía en el suelo.

En el área personal social el niño acostumbraba a jugar mucho con sus manos y a quedarse absorto mirándolas. Le gustaba el juego de contacto, que le hicieran cosquillas. Miraba a la cara del adulto y le sonreía. No imitaba sonidos. Imitaba algunos gestos

como las palmitas y a veces sacaba la lengua imitando al adulto, decía adiós y echaba besitos. No señalaba objetos. Cuando deseaba que una acción que le resulta agradable se repitiese, o bien miraba al adulto o hacía algún movimiento repetitivo.

En el área cognitiva el niño mostraba interés por los juguetes y dejó de tirarlos, si alguno se le caía intentaba cogerlo y si los tiraba era como un juego de relación con la fisioterapeuta. Parecía reconocerse como el causante de una acción que ha producido un resultado interesante. Utilizaba esquemas motores sencillos: chupar, tirar, golpear, mirar. Le gustaban los centros de actividades que tenían animales y producían su onomatopeya y/o música.

En cuanto el área de lenguaje el niño reaccionaba ante sonidos no verbales y ante la voz volviendo la cabeza para buscarlos, le gustaba un determinado tipo de chirrido como el que produce el cinturón de seguridad del coche. No asociaba palabras con acciones u objetos.

Sufría babeo constante y no dejaba que le tocasen la cara para tratar de masajear y reducir el babeo.

Como anteriormente se ha dicho el niño presentaba un retraso psicomotor que se caracterizaba por:

- Reacciones de ajuste postural inmaduras: Reacciones de enderezamiento, equilibrio y apoyo presentes pero muy pobres tanto a nivel de tronco como de extremidades.
- Fondo de tono un poco alto a nivel global, pero no tenía espasticidad. A nivel articular, era poco flexible, sus movimientos eran de poco rango articular y las rotaciones eran mínimas, lo que hacía que su tendencia fuese a moverse como en “bloque”.
- Pérdida de extensibilidad muscular (leve-moderada) en sus miembros inferiores a nivel de rotadores internos, aductores, isquiotibiales y tríceps sural, un poco más en su pierna derecha.

- Se mantenía de pie con un patrón característico:
- En miembros inferiores, peor el derecho: flexión de cadera, abducción y rotación interna, valgo de rodillas y recurvatum y, pies planos.
- En miembros superiores utilizaba para equilibrarse una actitud de “candelabro”.
- Déficit sensitivo: cuando se le realizaba maniobras de masaje, presión, distintos tipos de tacto y vibración rechazaba el contacto físico, aunque cada día lo toleraba mucho mejor.
- El alumno presentaba dificultad cognitiva para poder utilizar adecuadamente alguna ayuda técnica que le diese más autonomía, como por ejemplo algún andador.
- Las habilidades motrices conseguidas desde que comenzó el tratamiento fueron:
 - 1 año y 6 meses: Sedestación estable, inicia la bipedestación y cogido de sus 2 manos consigue dar algún paso.
 - 2 años: Completa el volteo, desde supino se sienta solo con apoyo de su lado izquierdo, se desplaza un poco sentado en la colchoneta e inicia la marcha libre, 15 pasos solo, de manera muy inestable.

Con 4 años consiguió arrastrarse un poco hacia los lados, 1-2 metros. En sedestación tenía reacciones de autoprotección de manos anteriores y laterales, aunque inmaduras. Sentado en la colchoneta se desplazaba cómodamente hacia donde estaba el estímulo que quería conseguir, se impulsaba con sus manos, y marchaba libre más funcional, pero sin un objetivo claro, en zonas conocidas y por superficies regulares.

No realizaba transferencias que implicasen giros y disociación de cinturas, es decir, ponerse a cuatro patas desde tumbado o sentado, gatear, ponerse de pie, sentarse hacia los lados... No conseguía mantenerse de pie de manera estática. Tampoco

estando de pie agacharse a coger cosas sin perder el equilibrio o tumbarse de forma controlada. No tenía una marcha estable y le costaba mucho salvar obstáculos como pequeños escalones, superficies irregulares...

Analizados todos los datos se consideró que el niño con síndrome Weaver necesitaba un ambiente acogedor y normalizado que hiciese sentir sus diferencias como una característica más de la diversidad que define a cualquier niño actualmente en un centro educativo. Por otro lado, se consideró que se debía mantener una expectativa elevada desde todos los entornos educativos del niño, pues iba a repercutir en la imagen que éste tuviera de sí mismo y, por tanto, en su rendimiento e implicación en su propio desarrollo.

Debido a las diferentes dificultades que presentaba el niño era importante separar cada uno de los problemas que en el ámbito educativo podría encontrarse una persona con Síndrome Weaver, sólo así se podría dar una respuesta efectiva y ajustada al caso concreto.

Para ello, la metodología didáctica con el niño con síndrome Weaver se centró en cuatro aspectos: el desarrollo emocional, el lenguaje y el habla, la capacidad perceptivo-motora y la modificación de conductas.

A continuación, mostramos unas tablas con la metodología aplicada en cada una de las áreas de desarrollo analizadas y destacamos los resultados sobre la misma.

Tras dos cursos académicos con medidas organizativas y curriculares adaptadas a las características del niño con Síndrome Weaver se ha observado un pequeño avance en los distintos aspectos de su desarrollo. A continuación, mostramos los resultados y el papel del docente del aula para la implementación de metodologías y/o estrategias a la singularidad de ésta enfermedad rara en el ámbito escolar:

Tabla 1: Desarrollo emocional

ÁREA DE DESARROLLO	METODOLOGÍAS/ ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	PAPEL DEL PROFESOR
Desarrollo emocional	<p>Utilización anécdotas y elementos cercanos.</p> <p>Desarrollo de una historia para aproximar el contenido a aprender a la realidad vital del alumno analogías para hacer familiar lo extraño y próximo.</p> <p>Estrategias para desarrollar una conducta de esfuerzo a través de un clima de confianza, realizando tareas sencillas que facilitasen el éxito y fomentando la interacción cooperativa con sus iguales.</p> <p>Para la atención en las tareas se proporcionó instrucciones muy específicas y claras para el niño. Usaron refuerzos de atribución para que éste relacionase el éxito con su habilidad y esfuerzo personal, la alabanza verbal y el refuerzo informativo sobre la tarea realizada y, el refuerzo formativo antes de la siguiente tarea práctica.</p>	<p>Activar la curiosidad del niño.</p> <p>Mantener un clima de confianza.</p> <p>Fomentar actividades cooperativas.</p> <p>Dar instrucciones sencillas.</p> <p>Utilizar la alabanza verbal y el refuerzo informativo.</p>
Resultados de la metodología aplicada	<p>Paulatinamente el niño con Síndrome Weaver ha ido interactuando con sus compañeros y con otros niños tanto en el aula como en el tiempo de recreo. No mostraba un comportamiento de juego estructurado. Los niños se acercaban a él e iban perdiéndole el miedo a sus reacciones de coger y tirar objetos, agarrarles del pelo en señal de atención, etc.</p> <p>En el juego compartido, no sabía establecer relaciones lúdicas con otros niños. No tenía sentido para él el juego simbólico, ni encaje de bolas, costura y/o plastilina. Le llamaban la atención los puzles y las construcciones, pero solía cansarse muy pronto de dichas actividades y comenzaba a tirar los objetos con el fin de interactuar con los demás en muchas ocasiones. Destacar que encajaba sin dificultad las piezas de algunas construcciones. Jugaba a tirar y a coger una pelota con otra persona.</p> <p>Prestaba mayor atención en algunas actividades a realizar como pintar fichas, pegar gomets..., gracias al uso del atril, aunque no realizaba la acción con precisión y se cansaba muy pronto de ella.</p>	

Tabla 2: Desarrollo del lenguaje y el habla

ÁREA DE DESARROLLO	METODOLOGÍAS/ ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	PAPEL DEL PROFESOR
Desarrollo del lenguaje y el habla	<p>Se trabajaron ejercicios de respiración y ritmo, de discriminación auditiva, desarrollo fonológico, desarrollo sintáctico, desarrollo léxico y semántico y uso del lenguaje.</p> <p>Se recomienda la adquisición de vocabulario ajustado a su edad y la construcción de frases cada vez más complejas.</p>	<p>Designar funciones al profesor de Audición y Lenguaje.</p> <p>Intervenir a través de las dimensiones del lenguaje.</p> <p>Implicar a la familia para la mejora y adquisición del vocabulario y construcción de frases.</p>
Resultados de la metodología aplicada	<p>Paulatinamente el niño con Síndrome Weaver ha ido El niño se divertía mucho si se le hacían ruidos bucales e interactuaba con los demás utilizando esos sonidos. Ha aumentado su vocabulario y dice palabras como “no”, “sí”, “hola”, “adiós”, “papá”, “mamá”, algunos colores y algunos nombres de animales.</p> <p>El alumno es capaz de discriminar los sonidos producidos por el propio cuerpo, de identificar algunas acciones, algunas prendas de vestir, algunos animales y algunos alimentos presentados en imágenes.</p> <p>Se consiguió controlar el babeo y que respondiera a las acciones del tipo “toma y dame” y “vámonos”.</p>	

Tabla 3: Desarrollo perceptivo-motor

ÁREA DE DESARROLLO	METODOLOGÍAS/ ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	PAPEL DEL PROFESOR
<p>Desarrollo perceptivo-motor</p>	<p>Aplicación de un programa específico dentro del currículo escolar de desarrollo motor fino y grueso, y de su coordinación.</p> <p>Las áreas que contribuyen a mejorar las habilidades perceptivo motoras del niño eran la Educación Plástica y la Educación Física.</p> <p>Tareas específicas fuera del aula para el control postural, prensión, lateralidad.</p> <p>Tareas de discriminación del entorno para establecer relaciones de proximidad y lejanía de los objetos consigo mismo y de los objetos o personas entre sí.</p> <p>El reconocimiento de las direcciones en el espacio: izquierda-derecha, delante-detrás, arriba-abajo y el reconocimiento de tamaños: grande-pequeño.</p> <p>Nociones de dimensión espacial: corto-largo, cerca-lejos...Se trabajó la percepción temporal orientada a la educación del oído, educación diferenciada dirigida a comenzar el proceso lectoescritor, realizando tareas de trazos, gráficos en bucles.</p>	<p>La intervención de un especialista para mejorar las habilidades perceptivo motoras.</p> <p>Profesor de apoyo para tareas fuera del aula.</p> <p>Adaptar el currículo escolar.</p> <p>Fomentar las habilidades perceptivas-motoras en las áreas de Educación Plástica y Física.</p> <p>Desarrollar tareas fuera del aula para la mejora de la postura y de la lateralidad y, de la discriminación del entorno.</p> <p>Trabajar la dimensión espacial.</p>

<p>Resultados de la metodología aplicada</p>	<p>En este ámbito se consiguió iniciar al niño en el reconocimiento de las direcciones en el espacio: izquierda-derecha, delante-detrás, arriba-abajo, al igual que en los conceptos grande-pequeño y las nociones corto-largo y cerca-lejos.</p> <p>Le costaba imitar secuencias rítmicas, pero se consiguió que se discriminase entre sonidos fuertes/débiles y largos/cortos.</p> <p>Es capaz de realizar trazos y bucles con ayuda. Ha mejorado a la hora de colorear dibujos.</p> <p>En cuanto a otros aspectos motores el niño es capaz de incorporarse sin problema si está tumbado boca arriba o de lado. Se levanta él solo desde una silla, incluso sin apoyos, para dirigirse hacia algún lugar próximo a él en el que se encuentre algún objeto que le llame la atención. Sube las escaleras mejor que las baja, pero necesita algún apoyo para sentirse seguro, y en las rampas se desplaza correctamente pero igualmente, con apoyos (bien barandilla o bien sujeción en otra persona). Ha adquirido mayor soltura a la hora de caminar.</p> <p>Se le enseñó a beber en una botella con una boquilla estrecha, con el fin de que se fuera realizando una mejor adaptación de la posición de los labios para posteriormente beber correctamente en vaso, pues le resultaba difícil y derramaba mucho líquido. Actualmente sabe beber correctamente en vaso..</p>
-----------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabla 4: Desarrollo conductual-modificación de conductas

ÁREA DE DESARROLLO	METODOLOGÍAS/ ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	PAPEL DEL PROFESOR
Desarrollo conductual-modificación de conductas	Programa de modificación de conductas, extinción de los comportamientos inadecuados y rabietas.	<p>Analizar las rabietas producidas por frustración y llamada de atención.</p> <p>Estimular el autocontrol frente al castigo.</p> <p>Llevar al estudiante fuera del aula a un lugar calmado.</p> <p>Mantener una actitud neutral y paciente.</p> <p>Evitar actitudes de lástima o sobreprotección.</p> <p>Reforzar el autocontrol.</p>
Resultados de la metodología aplicada	<p>Ha mejorado claramente su conducta hacia las tareas y sus comportamientos. Se han reducido las rabietas.</p> <p>Todavía presenta falta de atención, sobre todo en la realización de tareas dirigidas u órdenes que puedan dársele, como pintar sobre papel o en una pizarra, guardar silencio, no tirar cosas al suelo, etc. Pero atiende y realiza la acción de recoger las cosas que ha tirado, aunque vuelva a tirarlas de nuevo.</p> <p>Cuando a él le apetece, coge algunos objetos y los utiliza correctamente y ha empezado a hacerlo también cuando se le ordena que desarrolle la acción.</p> <p>Se ha conseguido que atienda más y esté más concentrado en lo que se dice en el aula, muestra interés sobre todo por canciones.</p>	

3. Conclusiones

La formación de los padres y familiares cercanos en aspectos propios de la educación prenatal facilita la identificación de sus miedos, sus ignorancias y sus limitaciones y, permite afrontar con más posibilidades de éxito las situaciones arduas, las contradicciones y los traumas.

La utilización del yoga como una metodología complementaria a la educación prenatal ha permitido mejorar las condiciones físicas, psicósomáticas y psíquicas de la embarazada.

Las acciones comunicativas llevadas a cabo entre la madre y el feto han permitido verificar que éstas favorecen el desarrollo de los sentidos del bebé durante la gestación, pues reacciona positivamente ante los mismos y mejora el estado emocional de la madre.

Se ha comprobado que la actitud de la madre, del padre y de los familiares más cercanos, así como el apoyo de estos, son aspectos muy importantes durante la gestación y tras su nacimiento, pues reducen el nivel de ansiedad producido por tener que afrontar la situación dolorosa que genera el diagnóstico de un síndrome raro a su hijo.

Los informes médicos permiten comprobar que el niño con síndrome Weaver tiene las disfunciones propias de su síndrome, por lo que se puede considerar que la formación de los padres en educación prenatal y la utilización del yoga, como metodología complementaria, han sido unas herramientas para la prevención de otros desórdenes físicos y psicológicos.

Este estudio ha evidenciado que es necesaria una pedagogía prenatal para profundizar en temas esenciales para la formación de los futuros padres. Una pedagogía que contribuya a dar sentido formativo a la estimulación y a la acción prenatal. También se ha evidenciado que existe una falta de vinculación pedagógica escuela-familia hasta prácticamente los 3 años, momento en que se escolariza el niño con síndrome Weaver. Se ve necesaria que exista una vinculación pedagógica desde antes de nacer el bebé, pues puede reforzar y orientar mucho mejor la cooperación formativa familia-escuela en los siguientes niveles educativos.

Tenemos que tener en cuenta que el niño no es el único centro de formación ni de educación, por lo que la educación prenatal debe comenzar en la formación de los padres en su ámbito (De la Herrán, 2015).

Se requieren sistemas de información y formación para los profesionales que trabajan ante la diversidad educativa en diferentes estrategias didácticas para dar respuesta a las necesidades educativas de estos niños. La pedagogía prenatal se muestra como necesaria para la detección de los factores de riesgo e intervención precoz en los mismos y su acompañamiento al desarrollo socioeducativo de los niños en general, y en particular, aquellos que tienen una dificultad por su enfermedad y/o discapacidad.

En cuanto a las medidas organizativas y curriculares que el niño con síndrome Weaver ha necesitado podemos concluir que trabajar en los cuatro aspectos del desarrollo: emocional, comunicativo, psicomotor y conductual ha sido beneficioso para el niño.

Las competencias emocionales han sido durante este tiempo las más difíciles de adquirir, de acuerdo con Bisquerra y Pérez (2012). Poco a poco ha ido adquiriendo algunas de estas competencias que le han favorecido en las relaciones sociales e interpersonales, se han reducido los conflictos y como consecuencia mejorado la salud física y mental.

Mantener activa la curiosidad del niño con síndrome Weaver, conservarla adecuadamente en el tiempo y, desarrollar expectativas positivas en la realización de tareas sencillas, en un clima de confianza y fomentando la interacción cooperativa con sus iguales ha favorecido el aprendizaje. Ha sido fundamental usar refuerzos de atribución para que el niño relacione el éxito con su habilidad y esfuerzo personal.

Se ha verificado que trabajar las dimensiones del lenguaje para desarrollar las competencias comunicativas: ejercicios de respiración y ritmo, de discriminación auditiva, desarrollo fonológico, desarrollo sintáctico, desarrollo léxico y semántico y uso del lenguaje, junto al apoyo prestado por un docente de

Audición y Lenguaje y, su coordinación con la familia para hacer hincapié en la adquisición de vocabulario adecuado a su edad y la construcción de frases cada vez más complejas ha beneficiado mucho al niño en el desarrollo de estas competencias.

El conocimiento profundo de los factores que afectan al cuerpo por parte del fisioterapeuta y del docente de educación física ha contribuido a llevar pautas de trabajo que han mejorado las habilidades perceptivo motoras del niño, es decir, se ha mejorado la coordinación de los sistemas sensoriales con los movimientos del cuerpo. Se mejoró la percepción espacial, pues el niño consiguió establecer relaciones de proximidad y lejanía de los objetos consigo mismo y de los objetos o personas entre sí. También se consiguió mejorar la percepción temporal, ya que consiguió distinguir aspectos como fuerte-débil y largo-corto. Además, por medio de una educación diferenciada se le inició en la lectoescritura.

Se ha verificado en el análisis de las características conductuales y cognitivas del niño con síndrome Weaver, igual que lo hicieron Fernández, Puente, Barahona y Palafox (2010) en el análisis de otros síndromes raros, que éste tiene una gran dificultad de atender, lo que repercute de forma negativa en el desarrollo de tareas escolares y lúdicas. Es impulsivo, con trastornos de conducta y tiene dificultades para adaptarse al entorno que le rodea. La frustración generada al no entenderle el adulto o por llamar la atención le provocaban comportamientos inadecuados, principalmente rabietas. A través de la minimización de los errores y el elogio de sus logros se comenzó a ver los primeros intentos de autocontrol del niño.

Las distintas dificultades que presenta el niño con síndrome Weaver en el ámbito educativo conviene tratarlas cuanto antes y de manera separada para dar una respuesta efectiva y ajustada. Cuanto más tempranamente se inicien las medidas necesarias para dar respuesta a las necesidades del niño y cuanto más pequeño

sea, el pronóstico será mucho más positivo. La estimulación del lenguaje, la aplicación de un programa de modificación de conductas, trabajar la psicomotricidad fina y gruesa al igual que la coordinación y, motivar al niño hacia el desarrollo de las tareas y hacia la interacción con sus iguales nunca va a ser contraproducente, siempre irá a favor de un mejor desarrollo general del niño.

La implicación de la familia, al igual que en la etapa prenatal, es precisa para tratar las necesidades educativas que se derivan del síndrome, para su mayor conocimiento, su comprensión y aceptación, evitando actitudes sobreprotectoras o el rechazo de las situaciones que se puedan generar. La familia y el centro educativo deben ser conscientes del importante papel que pueden desempeñar en la socialización del niño, debiendo para ello normalizar al máximo el entorno para evitar un rechazo del niño por parte de sus iguales o cualquier persona de su entorno cercano.

El niño con síndrome Weaver necesita una adaptación del currículo, por lo que la estancia de éste en un aula ordinaria del centro educativo con un docente de apoyo, que le permita la mayor normalidad académica posible, junto con trabajar algunas horas con él fuera del aula para trabajar aspectos específicos es una estrategia de trabajo positiva.

El hecho de presentar retrasos moderados o severos no debe condicionar a los niños con síndrome Weaver de que asistan a un colegio ordinario durante la etapa de educación infantil, pues de esta manera pueden relacionarse con alumnos con y sin necesidades educativas y vivir en un ambiente normalizado, propiciando el enfoque inclusivo tan necesario para la normalización. Las buenas relaciones entre iguales son necesarias para un desarrollo social normal (Santrock, 2003) y más en niños con síndromes raros.

4. Referencias

- Bahamon N. y Hernán, L. (2011). *Estimulación prenatal temprana y adecuada. Tomo 1*. Bogotá: Editores.
- Bansal, N. y Bansal, A. (2009). Weaver syndrome: A report of a rare genetic syndrome. En *Indian J Hum Genet.* 2009 Jan-Apr; (15/1), 36–37. Recuperado de US National Library of Medicine National Institutes of Health: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> doi: 10.4103/0971-6866.50869 PMID: PMC2846569
- Bisquerra, R y Pérez, N (2012). Educación emocional: Estrategias para su puesta en práctica. *Revista Avances de Supervisión Educativa* (16).
- Cárdenas Sierra, E.M. (2008). Programa de atención integral a la primera infancia “Familia, a tu lado aprendo”. En Formación de docentes y educadores en educación infantil: Una apuesta clave para el desarrollo integral de la primera infancia. IDIE – OEI. <http://www.oei.es/idie/EDUCACIONINFANTIL.pdf>
- DiPietro J. A., Costigan K. A., Nelson P., Gurewitsch E. D., Laudenslager M. L. (2008). Fetal responses to induced maternal relaxation during pregnancy. *Biol. Psychol.* (77/1), 11-19.
- Fermín, M., González, Y. y Pazo, J. (2009) Formación del docente de educación inicial: consideraciones para atender el nivel maternal (período gestacional). En *Laurus Revista de Educación*, 15 (29), 114-143. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Caracas, Venezuela.
- Fernández, M.P., Puente, A., Barahona, M. J. y Palafox, A. (2010) Rasgos conductuales y cognitivos de los síndromes Rett, CRI-DU-CHAT, X- Frágil y Williams. *Revista Liberabit* (16/1). Lima
- Herrán, A. de la (2015). Educación Prenatal y Pedagogía Prenatal. *Revista Iberoamericana de Educación* (69/1), 9-38. Recuperado de: <http://www.rieoei.org/deloslectores/7195.pdf>

- Hurtado, M., Cuadrado, S. y Herrán, A. de la (2015). Hacia una Pedagogía Prenatal. Una Propuesta Educativa. *Revista Iberoamericana de Educación* (67/1), 151-168. Recuperado de <http://rieoei.org/deloslectores/6809Hurtado.pdf>
- Lafuente, M. J. (2010). *Vinculaciones afectivas*. Madrid: Pirámide.
- Mann L., Kleinpaul J. F., Teixeira C. S., Konopka C. K. (2008). Lumbar-pelvic pain and the physical exercise during the gestation period. *Fisioter Movimento* (21/2), 99-105.
- Moratalla, S. y Sánchez, C. (2010). Metodología para trabajar competencias con un estudiante con síndrome Moebius. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología* (30/4), 174-179.
- Newborg, J., Stock, J. R. y Wnek, L. (1988). *Battelle. Inventario de desarrollo*. Madrid: TEA Ediciones.
- Proud, V. K., Braddock, S. R., Cook, L. y Weaver, D. D. (1998). *Weaver syndrome: autosomal dominant inheritance of the disorder*. Recuperado de US National Library of Medicine National Institutes of Health: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> *Am J Med Genet.*, 2 (79/4), 305-310.
- Sameroff, A., Chandler, M. y Horowitz, F. (1975). *Review of child development research* (4). University of Chicago Press.
- Santrock, J. W. (2003) *Psicología del desarrollo de la Infancia*. Madrid. McGraw-Hill.
- Satyapriya M, Nagendra HR, Nagarathna R, Padmalatha (2009) V. Effect of integrated yoga on stress and heart rate variability in pregnant women. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* (104/3), 218-222.
- Shereshevsky, P. M., Yarrow (1973). *L. J. Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaptation*. Raven Press, New York.
- Sotos, J. F. (2004). Actualización del hipercrecimiento. *Anales de Pediatría* (60/2), 79-86. Recuperado de <http://analesdepediatría.org/es/actualizacion-del-hipercrecimiento/articulo/13062602/>

- Sun Y, Hung Y, Chang Y, Kuo S. (2009). Effects of a prenatal yoga programme on the discomforts of pregnancy and maternal childbirth self-efficacy in Taiwan. *Midwifery*. In Press, Corrected Proof.
- Wang S. M., De Zinno P., Fermo L., William K., Caldwell-Andrews A. A., Bravemen, F., et al. (2005). Complementary and alternative medicine for low-back pain in pregnancy: a cross-sectional survey. *J. Altern. Complement. Med.* (11/3), 459-464.
- WHO (2007). Chapter XVII. Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities (Q00-Q99) (Other congenital malformations (Q80-Q89). Recuperado de <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online2007/index.htm?q80.htm>

MATERNIDAD Y EDUCACIÓN PRENATAL

Resumen

1. Introducción
2. Recogida de datos
3. Discusión de categorías
 - 3.1. Vivir o producir
 - 3.2. Economicismo, liberación y preñez
 - 3.3. Maternidad, equidad y servicios públicos
4. Para concluir: destapar y apagar hegemonías
5. Referencias

MATERNIDAD Y EDUCACIÓN PRENATAL

Concepción Sánchez-Blanco

Resumen

Estamos necesitados en nuestro contexto de escritos que pongan en valor las acciones educativas antes, durante y después del nacimiento. Nuestro objetivo es dar cuenta a través de un ensayo científico-pedagógico con orientación crítica, de principios claves para una educación prenatal. Ha sido construido a partir de las reflexiones y experiencias relativas al embarazo de mujeres participantes en el curso “El nacimiento y la salud”, impartido por Odent y Lammers en mayo del 2015 y las respuestas a entrevistas mantenidas en el aula con un grupo de niños y niñas de cinco años sobre el origen de los bebés, en diciembre del 2016. La participación en aquel curso; los testimonios de mujeres embarazadas en el mismo, así como las entrevistas abiertas mantenidas con la infancia en la clase han sido claves en la metodología seguida. Niñas y Niños no nacidos no pueden quedar reducidos a una especie de proyecto de auto-emprendimiento de las familias. La mujer gestante no debería ser sometida a través de las más diversas prácticas; ya estén medicalizadas o pedagogizadas, que olvidan que la educación prenatal siempre estará del lado de la emancipación y la liberación. A la madre gestante se le debería dar el tiempo y los recursos necesarios para que lleve a cabo todas las acciones que pueda abordar por sí misma para que se viva como capaz de cuidar su embarazo, actuar en el parto y en la crianza del futuro bebé. Ello le permitiría adquirir conciencia y seguridad en los nuevos papeles que ha de asumir. La paternidad responsable vertebrada sobre la justicia doméstica constituye una poderosa aliada. Se concluye que esta seguridad va a influir

de forma importante en el desarrollo del bebé antes y después de nacer, contribuyendo a favorecer el desarrollo de vínculos socioafectivos necesarios para el crecimiento.

Palabras clave

Mujeres, educación prenatal, justicia social, empoderamiento, pedagogía crítica, equidad.

I. Introducción

La educación prenatal arranca en el momento mismo en que las mujeres son capaces de preguntarse, antes de decidirse a procrear, por los condicionantes y el sentido que cobra la maternidad en sus vidas, de manera que se trate de una decisión consciente con capacidad de emancipar a través de todos los procesos que de ella misma se derivan. No todas las mujeres tienen por qué sentir la necesidad de procrear y/o de ser madres, sin embargo, las presiones instaladas muy a menudo en un patriarcado recurrente son muy fuertes. Presiones familiares, religiosas, y/o pseudocientíficas que entienden la reproducción y la maternidad como producto de un instinto natural y necesario vienen a aliarse, olvidándose del mismo poder de los procesos psíquicos de sublimación, cayendo sobre los hombros de las mujeres, e incluso sobre sus parejas, si existen. Apunta Badinter (2011: 22 y 23) que se necesita una voluntad a toda prueba y todo un carácter valiente para reírse de todas estas presiones e incluso de la estigmatización. Hay así cada vez más mujeres que conscientemente deciden ir contra corriente y no procrear, siendo percibidas como rareza cuya voluntad, bajo una mentalidad absolutamente patriarcal, se considera ha de ser doblegada utilizando los más variados argumentos. La educación prenatal puede comenzar antes de la fecundación, contribuyendo a levantar una especie de muro de reflexión que protege de decidir sin conciencia al respecto, alentando así la deliberación sobre los motivos y las consecuencias de ser madre, así como el respeto a las que no desean serlo.

Desde la década de los noventa se vienen deliberando en torno al derecho a la reproducción humana. Aunque la constitución española no recoge este derecho, sí que existen formulaciones en el ámbito internacional al incluirle como parte de los derechos humanos (Facio, 2008; Ignareda, 2011). Según Gómez (1994) tal derecho tiene en nuestro país un innegable fundamento constitucional en el reconocimiento de la libertad personal. La discusión está servida desde el momento mismo que haya mujeres

y hombres que deseando ser madres o padres no puedan ver cumplido este deseo, poniéndose sobre la mesa toda una serie de cuestiones éticas que atañen a los procedimientos utilizados para ello como es la fecundación in vitro; o, en los últimos tiempos, la polémica sobre la maternidad subrogada. Además, conviene clarificar que sí existen en nuestro país ordenamientos explícitos de protección de la maternidad que han de ser seguidos, de manera que cualquier tipo de atropello a ésta tendría que ser perseguido y penalizado.

2. Recogida de datos

Partiendo del análisis y discusión de las experiencias de embarazos de mujeres presentes en el curso “El nacimiento y la salud” desarrollado en Coruña por Odent y Lammers (mayo, 2015); y de entrevistas abiertas realizadas a una clase del primer curso del segundo ciclo de educación infantil en esta ciudad (diciembre, 2016) vamos a dar cuenta a modo de ensayo científico de carácter pedagógico de principios críticos generadores de prácticas educativas a lo largo del embarazo que contribuirán a vertebrar la educación prenatal. Se trata, digámoslo así, de una educación de mujeres en estado de *“buena esperanza”*, es decir de aquellas que tienen la voluntad de reproducirse y gestar para convertirse en madres y lo hacen. Traer un hijo al mundo, como apunta Badinter (2011: 20 y 23), es un compromiso a largo plazo que conlleva dar prioridad a éste, de manera que de todas las decisiones a las que se enfrenta un ser humano en la vida, ésta es, sin lugar a dudas, la que conlleva un cambio más radical. Afirma que en una civilización en la que el yo primero impera, la maternidad ha venido a convertirse en un desafío y en una contradicción del orden dominante. Todas aquellas iniciativas educativas que tengamos para con las mujeres embarazadas o con proyectos de embarazo van a tener una influencia importante en las futuras criaturas.

3. Discusión de categorías

3.1. Vivir o producir

La educación prenatal debería contribuir a alejar cualquier intento de convertir el útero materno en una especie de escuela primigenia destinada a intervenir en el desarrollo del nuevo ser que se está conformando. La preocupación por lograr vástagos inteligentes, bien dotados, e incluso superdotados, nacida de una sociedad enferma de rendimiento funcional para con el lucro de un sin número de corporaciones económicas, como una derivación más de ese patriarcado que se empeña en gobernarnos la vida, llama una y otra vez a las puertas de los nacidos y de los que están por nacer y de sus familias. En un entorno como este no es de extrañar que abunden las iniciativas de todo tipo que convierten la vida en un proyecto dominado por un rendimiento sin fin; y donde no cabe otra que la de auto-explotarse, si queremos garantizar su prosperidad, arruinando así toda posibilidad de liberación. Niños y niñas nacidos y que están por nacer, víctimas de estas circunstancias, bien pueden quedar reducidos a una especie de proyecto de auto-emprendimiento donde la familia no es más que una especie de empresa donde se trata de lograr el máximo rendimiento de sus miembros, hayan o no hayan nacido todavía. En este contexto, como señala Byung-Chul (2014), el explotador es a su vez explotado, es actor y víctima, pues no puede deshacerse de ese impulso dirigido a un rendimiento que está cifrado en conseguir que los otros rindan. Madres y padres quedan convertidos en empresarios de sus vástagos ocupados permanentemente en hacer que rindan, incluso antes de que nazcan.

Nacidos y no nacidos acaban siendo percibidos, como antaño, como claves por los beneficios futuros que podrán reportar a sus familias rearmándose un rancio patriarcado disfrazado con nuevos ropajes acordes con los tiempos que corren, donde hijos e hijas finalmente se engendran, como fruto de una relación

amorosa dependiente donde prima perpetuarse en el mundo dejando huella gloriosa y en el fondo un miedo a la muerte sin conseguirlo. Ten hijos e hijas capaces de encumbrarte, de hacer todo lo que tú no lograste o vas a lograr, y haz todo lo posible para que así sea con el convencimiento de que puedes conseguirlo. Has de empezar enseguida, preparándole antes, incluso, de nacer, pues si no lo haces estarás perdiendo un tiempo valiosísimo que no recuperarás jamás. Esa es la propaganda, que, como vemos, encierra un recorrido patriarcal de gran calado. Enfermos de deseos de éxito y prosperidad económica; de poder, en definitiva, se proyectan en la infancia desde mucho antes de su nacimiento anhelos de rendimiento que hacen emerger y sostener una especie de activismo escolar prenatal en las familias destinado a controlar el desarrollo del nuevo ser desde su más temprana formación. Se trata de un imaginario sobre la gestación que de alguna forma atraviesa las respuestas infantiles de los entrevistados cuando insisten en que la barriga viene a ser una especie de escuela donde el bebé juega y la mamá juega con él para que no se aburra y aprenda, hasta el punto que si da patadas será futbolista.

El deseo de que los vástagos sean exitosos económicamente, brillantes, se antepone al anhelo de que el nuevo ser que está en camino sea una persona justa, empeñada en la búsqueda de la equidad y la democracia en la vida cotidiana como es la misma vida doméstica; capaz de empatizar y cuidar de sí mismo y de los demás, muy lejos de encumbramientos y de pedestales. Madres, dominadas por un imaginario patriarcal, acompañadas o no de los padres, se embarcan obsesivamente en todo tipo de actividades, procedimientos, técnicas, ya desde antes del nacimiento, a lo largo de toda la gestación, con la idea de que está en su mano con todo ello lograr que su futuro hijo e hija tenga un futuro prometedor lleno de triunfos. Entienden que no se puede perder tiempo en un mundo tan exigente como el que tenemos donde cualquiera puede cogerte la delantera.

Mujeres gobernadas por este imaginario quedan así sometidas corporalmente, multiplicándose todo tipo de pruebas, revisiones, ejercicios, actividades, prácticas, programas, técnicas, destinados a favorecer al no nacido, con o sin la colaboración de los padres; a veces hasta fuertemente alentadas por ellos, especialmente si no trabajan fuera de casa y cuentan con poder adquisitivo. Todo ello destinado a lograr vástagos inteligentes, decididos, activos, independientes y cuyo no cumplimiento tiene la virtualidad de generar culpabilidades diversas, pues si no se hace hay un convencimiento de que el tiempo perdido es irrecuperable. Se trata de acciones que bien puede remitirnos a una extensión de ese *biopoder* al que se refería Foucault, primigenio; y que guarda estrecha relación con el control que se ha venido ejerciendo sobre los cuerpos de las mujeres y de la infancia, muy en sintonía con los valores patriarcales. Se trataría de un *biopoder* que pretendería actuar en la misma conformación del cuerpo infantil en sus inicios; y de las mismas mujeres, que con sus mismos cuerpos vienen a ser procreadoras, contenedoras, dadoras de luz y criadoras del nuevo ser.

Somos por lo tanto conscientes de la importancia de poner freno al triunfo de una sociedad que explota a las mujeres en gestación hasta la extenuación en aras de la competitividad y el negocio de la evaluación de rendimientos de muy diverso tipo, incluso antes del nacimiento, sobre el cual se vertebran todo tipo de negocios destinados a lucrarse. En el fondo, como señala Naranjo (2009), se trata de una faceta más de esa mentalidad patriarcal que persigue extenderse por todos los ámbitos de la vida; mentalidad en la cual el imperativo de la maximización del rendimiento se va instituyendo como una forma de auto-mandato, de auto-explotación, desde incluso antes del nacimiento, hasta percibirse, peligrosamente, como algo consustancial al ser humano. Además, en esa búsqueda del máximo rendimiento como madre, para que el no nacido y nacido rindan a su vez también al máximo, está ocupando un gran peso la crisis económica y el desempleo que

conlleva, que tanto afecta a las mujeres, pues los empleos se hacen desear y la maternidad puede llegar a percibirse como una especie de realización profesional (madre de profesión).

Es este biopoder un poder que fascina porque convierte a los sujetos en triunfantes en cuanto al dominio que pueden ejercer los seres humanos sobre su propia biología, sobre su naturaleza. Pretensiones de este tipo se pueden convertir en problemáticas, sobre todo si se da la espalda a la reflexión en torno a la relación que han de mantener los seres humanos con esa naturaleza, analizando de qué manera forman parte de ella, y cómo se puede construir una alianza, una escucha con ella, alejada de actitudes de competición y/o suplantación. Ello requiere una reflexión sobre los límites de acción necesarios, derivados de planteamientos éticos y/o derechos establecidos que han de conformar esta relación con la naturaleza, en aras de desarrollar la vida conforme a nuestra condición de seres humanos. La educación prenatal (De la Herrán, 2015) tendría que poner el acento en la búsqueda de lo mejor para la madre gestante y su futuro hijo o hija, que indudablemente está encuadrado en aquello que les conviene a los sujetos para desarrollar su condición de humanidad. No puede convertirse en una nueva forma de dominación de manera que la mujer gestante sea sometida a través de las más diversas prácticas que olvidan que la educación siempre estará del lado de la concienciación y por lo tanto de la emancipación y la liberación (Freire, 1970). Como muestra de este poder que se atribuye a las prácticas médicas es interesante referirse a las respuestas infantiles al preguntar por el embarazo de sus madres. No faltan los que afirman que es el médico el que sabe, el que hace que nazca el bebé, llegando a reafirmarse en la idea de que si no hay médico el bebé no podrá nacer.

La educación prenatal tendría que estar encaminada a fortalecer y/o recuperar la confianza de la mujer en las posibilidades de su naturaleza para poder intervenir y decidir tanto en su embarazo, como en el nacimiento y crianza de la nueva criatura. Requieren

así tener el tiempo necesario para poder traducir todas esas potenciales de las que les dota la naturaleza en relación a la gestación, parto y crianza, para poder convertirlas en actos emancipadores que reviertan en el desarrollo de ellas mismas y de sus criaturas como seres humanos. Las respuestas de niños y niñas entrevistados nos remiten a esta capacidad de las madres, de manera que es ella la que cuida del bebé dentro de la barriga y, dicen, lo hace muy bien. Entendemos que es necesario que las mujeres se vivan a sí mismas como capaces y por lo tanto seguras en los nuevos papeles que de la maternidad se derivan, seguridad que va a repercutir, indudablemente, en la relación que construirá con la criatura al aminorar ansiedades y estrés, señalados como muy perjudiciales para el no nacido por no pocos investigadores e investigadoras del embarazo, el nacimiento y la crianza. Muestra de este poder son otras respuestas infantiles que afirman que la mamá tiene dentro una “piscina” donde está el bebé, alimentándole a través de un cordón, dándole leche. El gran contrasentido, es que, si bien para algunos los bebés en la barriga comen aquello que comen sus madres, para otros le dan leche que sale del biberón por el cordón.

3.2. Economicismo, liberación y preñez

Una educación prenatal impediría que la satisfacción de las verdaderas necesidades de las embarazadas, queden sepultadas en aras del cumplimiento de deseos emergidos de una sociedad capitalista, que les convierten en una mercancía más en circulación susceptible de negocio, vendiéndoles todo tipo de artilugios, programas y/o prácticas; puras formas de control que quedan instaladas como necesarias, aunque no respondan más que a una pura ficción. No hay más que echar un vistazo a la proliferación de todo tipo de aplicaciones para el móvil y que van desde apps para seguir minuciosamente el embarazo; aplicaciones para controlar las contracciones; e incluso, para prepararlas en su maternidad, como los lectores de llanto del bebé que dicen indicar el motivo del mismo. Con las pretensiones de definir

de antemano cuáles son las necesidades de las embarazadas para una óptima gestación, para un mejor nacimiento y/o para una adecuada crianza, como si de las mismas madres se tratara, ofrecen patrones de normalidad, convirtiendo a unas madres en réplicas de las otras, pues así es más fácil organizar nichos de mercado alrededor de la maternidad. Los padres tampoco están al margen de este entramado. Existen artilugios para que sientan las contracciones del parto o las “pataditas” con los que se comercia vendiendo sesiones “turísticas” bajo el reclamo de influir de forma positiva en su paternidad. Se trata bien a menudo de planteamientos comerciales muy alejados de un uso emancipador de las tecnologías y que debería ser nuestra preocupación.

La historia del embarazo y la maternidad está llena de oráculos y/o mantras que someten en lugar de liberar a las mujeres de todo un patriarcado coercitivo que se vertebra sobre relaciones de dependencia-sumisión haciéndolas sentir ignorantes y/o culpables cuando no se siguen sus mandatos. El culto al rendimiento que enaltece la rapidez y la productividad, afecta también, desgraciadamente, a los discursos en torno a la producción de relaciones seguras de apego progenitores-bebé; y a todo aquello que se considera necesario hacer antes del nacimiento para que éste haga su aparición. Han surgido, amparándose en trabajos sobre el apego y la teoría del continuum (Liedloff, 2012), concepciones sobre el embarazo, el nacimiento y la crianza difundidas por no pocos gurús dadores de prácticas diversas que lejos de empoderar a las mujeres nuevamente las convierten en dependientes respecto a actuaciones consideradas esenciales y que, como aquellas que critican, vienen a quedar reducidas a meros protocolos para la acción, a modo de recetario que lejos de favorecer la comunicación con el bebé, rutinizan los procedimientos entresacando un conjunto de acciones dirigidas al embarazo, el parto, la lactancia, el porteo y el colecho.

Embarazo ecológico, parto natural, lactancia materna extensa, porteo en lugar de carricoche y colecho, constituyen parte de un lenguaje que remiten a fórmulas consideradas esenciales y que no admiten un no por respuesta. Su no seguimiento vaticina todo tipo de desastres emocionales para la madre y el bebé, culpabilizando a las que no proceden en su maternidad y a sus parejas, si existen, si no actúan según lo convenido en tales fórmulas, cuando deberíamos saber que ni todas las mujeres están en condiciones de abordarlas, ni tampoco se pueden garantizar tales albricias, máxime cuando se practican de forma protocolaria y/o técnica. Se trata así de discusiones bien relevantes en relación a los cuales una educación prenatal debería indagar porque representan todo un foco de polémicas que divide y enfrenta a las mujeres, trayéndolas de cabeza como futuras madres e ídem de los padres.

El término “apego seguro” (Bowlby, 2014), en el que se apoyan no pocas ideas en relación al quehacer en el embarazo, parto y crianza está relacionado con la construcción de una confianza del bebé en la relación con su cuidador y es algo que va surgiendo con el tiempo, afirma Sroufe (2002). El problema es reducir la construcción de este apego seguro a un marco articulado sobre un embarazo respetuoso, una lactancia prolongada, el colecho, portarlos sin usar el cochecito, y estar constantemente pendiente de sus necesidades (Sears & Sears 2001; Sears, Sears & Hughey Holt, 1997). Hacen falta estudios específicos al respecto, pues este apego al aparecer puede ir o no acompañado de otras variables; o darse en otros escenarios donde no se produce esa maternidad intensiva indicada (Tuteur, 2016). Lo más importante es que el bebé se sienta querido y hay que mostrárselo, dice Tuteur (2016); y si bien, como apunta esta autora, muchas de las propuestas que ofrece este estilo de crianza pueden ser buenas, seguir las no garantiza la construcción de un vínculo seguro. Además, si los padres no las cumplen al dictado, la criatura no tiene por qué tener problema alguno. La construcción del apego, no podemos olvidar, como afirma Galán (2010), está situado en el contexto

más global de los procesos que configuran la intersubjetividad, entendiendo ésta como una capacidad humana básica que nos permite leer los estados de los otros y compartir aspectos de nuestras vidas mentales.

La promesa del apego seguro como mantra ha pasado a convertirse en un reclamo comercial para captar mujeres embarazadas y/o criando, hasta el punto de convertirse en el mundo blanco occidental en una especie de fórmula que da estatus a las familias, para lo cual las que pueden económicamente acuden a los más variados cursos y/o asesorías privadas. Tuteur (2016) denuncia esta situación, pues en este caso se trata de una filosofía que no busca el bienestar infantil, sino que, en realidad, ha pasado a convertirse en una marca de identidad de las parejas. En definitiva, las prácticas, como las señaladas anteriormente, asociadas a la denominada crianza con apego, bien pueden estar marcando tendencia, máxime cuando se convierten en portada de revistas a través de la narración de experiencias de no pocas familias de famosos que se exhiben, popularizándose a la par que quedan convertidas en meros rituales, perdiéndose el sentido primigenio de las mismas. Todo ello conforma un escenario de luces y sombras que indudablemente una educación prenatal tendría que abordar.

Al quedar convertidas aquellas prácticas en insustituibles y propias de las buenas madres, no se hace sino acrecentar la angustia de muchas mujeres que por circunstancias vitales no pueden plegarse a ellas. También emerge la rebeldía de aquellas que se pasan a la oposición para justificarse como madres, pues no cuentan tampoco con las condiciones de vida necesarias que hagan posible este proceder; o la oposición para defenderse de una maternidad intensiva que sienten no les permite otra vida más allá. Jocosamente muchas de ellas dicen pertenecer al club de las “*malas madres*”. Tanto la culpabilidad como las reacciones a la defensiva, pueden representar fuentes de ansiedad que en nada beneficia a las madres futuras y presentes y a sus vástagos. Cuántas

veces las mujeres no están en condiciones de elegir porque cada vez más las circunstancias sociales que viven son adversas y enemigas de la maternidad. El mundo laboral es cada vez más exigente, asfixiante y despiadado, los costes económicos de la descendencia se han incrementado y la injusticia doméstica que se deriva del desigual reparto de tareas sigue presente en muchos hogares. En este contexto, son las mujeres con menos recursos, las que tienen muchas posibilidades de sufrir una maternidad estresante.

Los embarazos y partos dirigidos y asistidos médicamente para aminorar el dolor, la lactancia artificial elegida para liberarse de dependencias y todo tipo de técnicas conductistas asociadas a librarse también de coger al bebé en brazos cuando lo demande; y a que sea capaz de dormirse y comer de forma autónoma cuánto antes, tiene también sus adeptas y adeptos, capaces de defender su punto de vista, echando mano, como en la postura anterior, de gurús que las inspiran y que les sirven, igualmente, para justificar unas prácticas asentadas sobre un mundo económico que sacraliza la rapidez (Sánchez Blanco, 2013); y que cifra la eficacia en función de tiempo empleado para conseguir los objetivos de rendimiento a corto, medio y largo plazo marcados. Objetivos que bien pueden tener que ver con alcanzar el peso ideal antes y después del embarazo; rapidez pariendo; tendencia a sufrimiento cero dando a luz y logro rápido de la mayor independencia madre-bebé, entre otros propósitos. Ahora bien, deberíamos tener presente que el sueño de rendimiento final, lacra de nuestra sociedad de consumo, y del que se tiñen no pocas maternidades y paternidades, puede ser el mismo en las dos posturas enfrentadas retratadas: ¿cómo me preparo y/o cómo procedo para ser la mejor madre y/o padre de manera que mi hijo o hija triunfe?

Las prácticas antes y después de dar a luz, sean del color que fueren, de la afiliación que tengan, están siendo utilizadas para etiquetar a las madres, para examinarlas en cuanto a su rendimiento como tales, confirniendo estatus, no sólo a ellas, también a todo aquel que da cabida fomenta y protege en el entorno familiar tales

prácticas. El enfrentamiento está servido. Los foros, las redes, las reuniones arden tratando de justificar posturas, formando tribus alineadas en frentes dispares y manejando el supuesto ideológico neoliberal tan peligroso como es creer que se es bueno porque el otro es malo. Se trata, además, de polémicas muy útiles en una sociedad neoliberal con tufo a patriarcado que, al empoderar a figuras específicas de la medicina, la psicología, la pedagogía, que no a grupos que discuten y deliberan, obstaculiza que las mujeres se sienten a crear sus propios espacios de discusión compartida y de relación donde todas las voces sean oídas. Y donde se pongan sobre la mesa experiencias, miedos y temores de madres y padres en ciernes, que den paso a relaciones vertebradas sobre la ayuda informada y la cooperación mutua consciente. El mayor peligro se haya en que sometidas por la polémica pierdan las riendas de su destino, su poder para pensar, reflexionar, discutir, criticar y finalmente decidir, deshaciéndose las mujeres de ese corsé invisible (Abécassis, 2008) que las limita y las convierte en dependientes, inseguras y las ahogan desde un patriarcado simbólico, sin que además aún esté por resolver, en muchos casos, la injusticia doméstica y laboral en la que están atrapadas muchas de ellas. La educación prenatal no puede permanecer al margen de tales polémicas. Ha de promover la discusión entre las mujeres embarazadas y sus parejas al respecto, máxime cuando detrás de las mismas pueden aflorar enfrentamientos generacionales.

A veces son las mujeres que sienten tener cuentas pendientes con sus madres feministas, las que escuchan las sirenas del naturalismo en la maternidad, dice Badinter (2011); otras son las mismas mujeres defensoras de su éxito profesional, para reivindicarse frente los hombres, las que se instalan en planteamientos conductistas porque sienten que la maternidad las aprisiona, criticando esa maternidad que relega la profesión y el triunfo laboral a un segundo plano. Están también aquellas que defienden a ultranza una *huelga de vientres* que pregona la reducción de la natalidad y la maternidad consciente entre las clases bajas, dedicando críticas exacerbadas a las mujeres pobres con amplia

descendencia. Y, por último, los extremistas y catastrofistas que piensan que traer bebés a un mundo donde la población aumenta exponencialmente y que acabará rompiéndose en pedazos, es una irresponsabilidad. Criticamos en cualquier caso la tecnificación que se viene produciendo de principios educativos esenciales, como históricamente ya lo hicieron las más diversas corrientes pedagógicas que buscaban la justicia social y para las cuales la educación, sea antes o después del nacimiento, siempre ha de procurar el empoderamiento de los sujetos sobre sus vidas. En este caso, de las mujeres sobre su embarazo, sobre su parto y sobre la crianza, así como de las mismas criaturas.

No podemos permitir que triunfe la ideología de mercado, tecnificando y comercializando muchas veces conocimientos ancestrales sobre un embarazo y una maternidad responsables que nadie puede hacer suyos, pues forman parte del patrimonio universal de los seres humanos que han sido legados generación tras generación, asumiendo la responsabilidad de preservarlos para las generaciones venideras. Los negocios al respecto de una maternidad y paternidad en ciernes se multiplican cuando un solipsismo vacío de alteridad nos rodea, y que presidiendo nuestras vidas ha convertido en lucrativo el relacionarse socialmente. Se paga por conocer a aspirantes a parejas; por tener contacto con mujeres a la búsqueda de un embarazo y/o de mujeres gestantes, con y sin pareja; por estar con mujeres que crían, acudiendo así a todo tipo de cursos y o paquetes de actividad social, porque sometidos a cadenas de producción interminables apenas si nos queda tiempo para estar con otras personas, fuera del ámbito familiar más inmediato. Los lazos de solidaridad, si es que se puede llamar así, cada vez más parecen depender de los beneficios que generan (Bauman, 2005).

En un contexto como el descrito no es de extrañar que el coaching se extienda por doquier convirtiendo en objeto de pago todo tipo de relaciones y/o intercambios sociales en aras de ahorrar tiempo, mientras los procesos de socialización altruistas,

solidarios, desinteresados y plenamente alejados de subjetividades economicistas se van extinguiendo. Emergen así todo tipo de coaching privados que comercializan las relaciones sociales, de ayuda y solidaridad en esferas tan importantes como el embarazo, el dar a luz y la crianza, y en otra multitud de ámbitos de la vida. El *gestacoaching* y las denominadas *asesoras de continuum* o las *asesoras de porteo*, constituyen ejemplos que bien podrían ilustrar nuestras reflexiones, al ser contruidos como negocios, que además se rodean de todo un elenco de objetos para su venta.

3.3. Maternidad, equidad y servicios públicos

O trabajamos para que las bondades de los resultados de investigaciones fiables sobre embarazo, parto, crianza, maternidades y paternidades en ciernes se filtren en las iniciativas de salud y educación públicas de forma generalizada haciéndose visibles, así como para prestigiarlos; o nos encontraremos con situaciones de desigualdad que nuevamente hará saltar la equidad por los aires, al tener que pagar de forma privada por servicios de salud y educación esenciales. Hospitales como O Salnés (Vigo) se han embarcado en toda una discusión sobre las prácticas de obstetricia, transformando los procedimientos en relación al parto, empoderando a las mujeres en este proceso (Lizcano, 2009). Estamos necesitados de una reformulación de las prácticas de servicios públicos en paritorios, consultas de pediatría, ginecología, cursos sobre embarazo y de preparación al parto llevados a cabo en hospitales (Odent, 2011 y 2014; Odent y Lammers, 2015), o a través de grupos de discusión sobre maternidad y paternidad en centros y espacios educativos diversos, abiertos, públicos, como algunas organizaciones de lactancia. Se trata de que el quehacer en estos escenarios públicos se vertebre sobre discusiones y reflexiones críticas que empoderen a las mujeres, a los hombres, a las familias en general y no les conviertan en dependientes, sino en sujetos con capacidad de reflexión, capaces de deliberar conjuntamente sobre las cuestiones que venimos desgranando.

Iniciativas públicas como las señaladas servirían para enfrentar esta situación tan desastrosa de desprestigio que ha comenzado a fraguarse en relación a las prácticas obstétricas en la sanidad pública, que es parte de la maniobra para su hundimiento y el triunfo de un nuevo sector económico emergente de iniciativas privadas asociadas al denominado embarazo ecológico y parto natural. No podemos arrojar piedras sobre los servicios públicos afirmando que son inútiles, que están desfasados, cuando lo que deberíamos hacer es implicarnos todos y todas para que funcionen conforme a las necesidades reales. Recordamos que como tales, son iguales para todos y todas, que son garantía de la equidad, y que entre ellos hay muchísimos excelentes profesionales muy concienciados con las necesidades que estamos explicitando. Trabajan a diario para que la falta de equidad no triunfe, enalteciendo su función pública y los servicios donde desarrollan su labor, porque además son muy conscientes de que los negocios privados están al acecho, ideando estrategias que debiliten los servicios públicos de todo tipo; y que las políticas neoliberales de los gobiernos conservadores secundan a través de su desidia, de su no hacer, y de los recortes económicos que ponen en marcha.

La educación prenatal, presente en estos servicios públicos ha de llenarse también de dosis de realidad. Abécassis (2007) o Darrieussecq (2006) nos hacen entrar de forma crítica en las luces y las sombras de procesos vividos en relación a la maternidad y la paternidad, y que sin duda deberían hacerse explícitos como asuntos para poner en el ojo del huracán y ser sometidos a discusión. No basta hacerse eco de las delicias del embarazo y la maternidad y paternidad, están también esas otras experiencias que las convierten en fuente inagotable de conflictos, sufrimiento y preocupación.

La conciencia de que el hijo o hija representa el final de la vida que hasta entonces los progenitores llevaban y el comienzo de otra diferente, constituye un tema decisivo para abordar, pues repercutirá en el no nacido de forma positiva al contribuir

a aminorar la ansiedad y el estrés que se derivan de miedos e inseguridades acerca de las situaciones y desafíos que habrán de enfrentar cuando el bebé nazca. Se trataría de examinar vidas alrededor de la maternidad y la paternidad tratando de descubrir si verdaderamente se desea o es el deseo de otros. Y, aun siendo este un deseo consciente, no hay garantía de una maternidad, o una paternidad, en el caso de que existiera, mejor. Las familias son cada vez más diversas y esa misma diversidad introduce, igualmente, una diversidad de experiencias de gestación, nacimiento, maternidad y paternidad, situación que hay que tener muy presente en una educación prenatal. Conviene, además, no dar la espalda al hecho de que las malas madres, han existido y existen, llegando a extremos insospechados, como es el caso del síndrome de Munchausen o de madres filicidas (Palomar y Suárez, 2007).

La maternidad debiera ser siempre un acto consentido voluntariamente y conscientemente, apoyado públicamente en todos sus frentes. Sólo desde un soporte como este, el embarazo y la maternidad, lejos de convertirse en obstáculos para la emancipación de las mujeres, pueden resultar actos que en lugar de dominarlas tendría la potencialidad de liberarlas. Si echamos un vistazo a la historia entenderemos muy bien de donde arrancan los prejuicios en relación a una función tan vital como es la de reproducirse. La maternidad ha sido utilizada históricamente desde el patriarcado para someter a las mujeres física y psíquicamente, manteniéndolas ocupadas y doblegadas, cuando no se les han ofrecido las condiciones necesarias tanto para decidir sobre la reproducción voluntariamente, como para disponer de una serie de recursos valiosos que les puedan ayudar en tan ardua tarea, entre ellos el de una pareja que acompañe con un proyecto de paternidad responsable y la maternidad deje de implicar tantos costes sociales.

Una educación prenatal que se precie de ser tal debería alentar en las futuras madres las condiciones biológicas necesarias para que el crecimiento de la nueva criatura no se vea obstaculizado y/o perturbado en el desarrollo de todas sus potencialidades como ser humano. Para ello, nada mejor que tratar a las mujeres gestantes poniendo a su alcance las condiciones y los servicios públicos necesarios para que puedan proceder de acuerdo con las herramientas que la naturaleza les brinda para poder gestar, parir y criar a sus hijos e hijas en los primeros años requeridos para el desarrollo de la naturaleza humana. Tenemos a nuestro alcance la capacidad tanto de aprender unas generaciones de las otras en relación a los cuidados prenatales y perinatales y posnatales, así como la de la construirnos, generación tras generación como mejores madres y padres.

El escenario histórico, sociocultural, económico, político e incluso religioso, en el que estamos inmersos bien a menudo puede sepultar esa capacidad de escucha y conocimiento primigenio obtenido a través de miles de años de evolución hasta el punto de confundir a los sujetos, haciendo prevalecer toda una serie de intereses y conveniencias ficticias y muchas veces comerciales, que sostienen el negocio de no pocas corporaciones económicas en todo lo relativo al periodo prenatal, perinatal y posnatal, generando, necesidades innecesarias, alejadas de las necesidades radicales y existenciales que son aquellas que al fin y al cabo contribuyen a dignificar la vida (Yuren-Camaren, 2009). En suma, es valioso todo aquello que, por satisfacer necesidades necesarias (valga la redundancia), contribuye a dignificar la vida.

Prepararse biológicamente para conseguir las mejores condiciones para gestar una vida ya no es un asunto exclusivamente de mujeres. La preparación física también atañe a los varones. En los últimos años se les demanda “ponerse en forma” antes de procrear. Por ejemplo, la ingesta de ácido fólico, ha dejado de ser un asunto

exclusivamente de mujeres, por no decir también, el ejercicio físico, la lucha contra la obesidad, el abandono del alcohol, tabaco y otro tipo de sustancias nocivas para la salud de los espermatozoides. Un estudio del Instituto de Salud Carlos III recomienda que los hombres tomen diariamente pequeñas cantidades de ácido fólico, junto con el abandono de las conductas señaladas anteriormente y llevar una dieta saludable, al menos tres meses antes de la fecundación (Martínez-Frías, 2010). La responsabilidad de tener un hijo sano ha pasado de ser responsabilidad de la madre a ser una responsabilidad compartida con el padre, pues se sabe que todas esas prácticas señaladas disminuyen considerablemente el riesgo de que durante el embarazo se produzcan anomalías congénitas. Asimismo, podríamos referirnos a los estudios que se van realizando en torno a los cambios hormonales y psicológicos que se producen también en los varones durante el embarazo de sus parejas. Una educación prenatal se preocuparía de que el futuro padre se vaya construyendo como un soporte para la madre embarazada y posteriormente para la relación madre-criatura, como señala Gutman (2003), y ello pasa, en definitiva, por no vivir al margen de la justicia doméstica.

Dado que el nuevo ser se está gestando dentro del útero materno, las dueñas de ellos deberían ser bien tratadas, de manera que no queden soliviantadas las capacidades que devienen de su propia naturaleza femenina que les permite gestar, parir y criar impulsando el desarrollo de todas las potencialidades del nuevo ser. Contradictoriamente hemos visto niñas jugar a tener un bebé, les hemos preguntado sobre este particular y ha afirmado que para que nazca el médico tiene que cortar la barriga de la mamá, y luego coger al bebé. En una maternidad consciente respetar, preservar el desarrollo del nuevo ser, su nacimiento e incluso su lactancia, su crianza, deberían ser asuntos imprescindibles que habrían de reivindicarse en una educación prenatal. Desde las mismas políticas económicas, laborales, sanitarias, educativas, debería contemplarse como clave la protección de las gestantes, de

sus partos y de la crianza humana, garantizándoles las condiciones que hagan posible el desarrollo del nuevo ser en condiciones que permitan impulsar el despliegue de todas sus potencialidades como seres humanos. Cualquier medida u acción que obstaculice, que limite y/o impida el desarrollo de tales capacidades y que responderían a una vida buena para la nueva criatura humana estaría poniendo en entredicho valores que tienen que ver con la justicia social (Nussbaum, 2012a y 2012b). Ello implica el despliegue en las mujeres de sus potencialidades ligadas a su capacidad de reproducirse, gestar, parir, lactar y/o criar, dentro de las posibilidades que la naturaleza le ofrece, de manera que pueda poner en marcha todo el saber que, por evolución del género humano y de las mujeres en concreto, llevan pegado a su condición de fémias, así como de los afanes protectores de las parejas de estas mujeres que van a dar a luz.

4. Para concluir: destapar y apagar hegemonías

La educación prenatal nos compromete a los investigadores e investigadoras educativos a construir conocimiento alternativo sobre la gestación, el nacimiento y la crianza que ponga en valor tanto a las mujeres del mundo, sus embarazos y a los recién nacidos. Ello implica una producción de políticas de género que reconozcan los cuidados como esenciales para alentar en los sujetos procesos de humanización desde el momento mismo del nacimiento, cuidados que incluyen, indiscutiblemente, el antes, durante y después del parto de todos los seres humanos, sin perder de vista la misma especificidad de las mujeres embarazadas, pues en estos casos los cuidados se producen desde al menos la duplicidad. Cuidar y ser cuidado genera vínculos esenciales, tanto en cuidadores como en los sujetos cuidados, necesarios para nuestro desarrollo como seres humanos (Linch, Baker, & Lyons, 2015; Vázquez y Escámez, 2010); y entre los que se encuentran aquellos responsables de empatizar con los demás, de respetarlos y de respetarse a uno mismo.

Necesitamos investigaciones comparativas entre contextos socioculturales diversos que permitan comprender y explicar las historias particulares de las mujeres en relación a gestación, parto y crianza, a sus saberes, y actuar al respecto con la única finalidad de empoderarlas, rompiendo tanto con ese patriarcado que ha venido ejerciendo manipulaciones y dominaciones a lo largo de la historia de la humanidad, como con estas relaciones de dominio epistemológico norte-sur (Sousa Santos, 2009) en cuanto al saber, a las prácticas y a la historia y prehistoria de la humanidad en relación a todo tipo de conocimientos y experiencias en relación al tema que venimos desgranando; y que supone una crítica radical a ese imperialismo cultural y/o comercial de donde emanan visiones hegemónicas que eliminan otros horizontes de conocimiento. Conocimientos, prácticas, sostenidas, extendidas y ejercidas de forma colonial desde epistemologías dominantes bien puede ejercerse desde un saber instalado en un tipo de patriarcado que acaba por someter a las mujeres a un parto industrializado, tecnocratizado y donde es el obstetra el que sabe y la mujer no ha de hacer otra cosa que someterse, ejecutar sus indicaciones, y que ha de ser transformado (Naranjo, 2009; Laako, 2015; Odent, 2011 y 2014; Odent y Lammers 2015). Algunos de los niños y niñas entrevistados, instalados en el poder de la medicina, sostienen que los bebés los fabrican los médicos y que para ello tienen cajas de huesos. Odent (2014), criticando la práctica médica, afirma que, para cambiar el mundo, primero hay que cambiar la manera de nacer.

La maternidad ha de ser entendida como un fenómeno multifacético atravesado por diversas dimensiones conflictivas (Palomar y Suárez, 2007, 311), en el que la experiencia subjetiva juega un papel importante; e igualmente la paternidad. Válganos como ejemplo de imaginarios en relación a la maternidad las afirmaciones de algunas de las niñas y niños entrevistados para los cuales sólo es posible nacer en los hospitales porque se necesitan médicos y que son ellos mismos los que ponen los bebés dentro

de las barrigas de las mamás, con una inyección en el brazo, como si fuera una vacuna. Tales discursos, no hacen sino avisarnos acerca de cómo pueden estar influyendo los discursos familiares en relación al nacimiento, así como los medios de comunicación.

Hay todo un universo imaginario maternal y paternal, inconsciente, construido por cada mujer, por cada hombre, donde una urdimbre de experiencias familiares, mitos y condicionantes socioculturales, históricos, religiosos y económicos, con la influencia de los mass media, que han dado como consecuencia una construcción social e individual de la maternidad y de la paternidad. La educación prenatal puede adquirir un papel muy importante en su deconstrucción de manera que no lleguen a dominar las acciones de embarazadas y parturientas, de padres en ciernes, impidiendo que los estereotipos al respecto avancen generación tras generación como legado, a modo de microculturas familiares, sin cuestionamientos, tomando conciencia acerca de cómo los modos de ser de las propias madres y padres pueden presionar e influir en las decisiones tomadas en relación a la maternidad y la paternidad por sus hijos e hijas (Gutman, 2003). Se trata de construirse como madre y como padre con conciencia para romper esta cadena y para ello hace falta entrar a analizar los roles vividos y desempeñados, a fin de quebrar las relaciones de dominación a las cuales nos vimos sometidos, de manera que no las continuemos reproduciendo.

5. Referencias

- Abécassis, E. (2007). *Un feliz acontecimiento*. Barcelona: Malabar.
- Abécassis, E. (2008). *El corsé invisible*. Barcelona: Urano.
- Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos*. Madrid: Morata.
- Badinter, E. (2011). *La mujer y la madre*. Barcelona: La esfera de los libros.
- Bauman, Z. (2005). *Amor líquido*. México: FCE.

- Byung-Chul Han (2014). *El enjambre*. Barcelona: Herder.
- Darrieussecq, M. (2006). *El bebé*. Barcelona: Anagrama.
- De la Herrán Gascón, A. (2015). Educación prenatal y Pedagogía prenatal. *Revista Iberoamericana de Educación*, 69 (1), 9-38. Recuperado de <http://rieoei.org/deloslectores/7195.pdf>
- Facio, A. (2008). *Los derechos reproductivos son derechos humanos*. San José/Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del Oprimido*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Galán Rodríguez, A. (2010). El apego. Más allá de un concepto inspirador. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30 (4), 589-595.
- Gómez Sánchez, Y. (1994). *El derecho a la reproducción humana*. Barcelona: Marcial Pons.
- Gutman, L. (2003). *Maternidad y encuentro con la propia sombra*. Barcelona: RBA.
- Ignareda González, N. (2011). El hipotético derecho a la reproducción. *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho* (23), 252-271. Recuperado de <https://ojs.uv.es/index.php/CEFD/article/viewFile/717/473>
- Laako H. (2015). La política del nacimiento, la política de la transformación: Los casos del movimiento de parteras en México y Finlandia. En Sánchez Ramírez, G. (ed.), *Imagen instantánea de la partería* (pp. 85-110). México: ECOSUR & Asociación Mexicana de Partería.
- Liedloff, J. (2012). *Concepto de continuum*. Barcelona: Ob stare.
- Linch, K., Baker, J. & Lyons, M. (2015). *Igualdad afectiva. Amor, cuidados e injusticia*. Madrid: Morata.

- Lizcano, R. (2009). *El hospital de O Salnés facilita a las mujeres dar a luz de una forma más natural*, *elcorreogallego.es*, 25.05.2009. Recuperado de <http://www.elcorreogallego.es/galicia/ecg/hospital-salnes-facilita-mujeres-dar-luz-forma-natural/idEdicion-2009-05-25/idNoticia-430143/>
- Martínez-Frías, M. L. (2010). Can our understanding of epigenetics assist with primary prevention of congenital defects? *Journal of Medical Genetics*, 47 (2), 73-80. DOI: 10.1136/jmg.2009.070466
- Naranjo, C. (2009). *Sanar la civilización*. Barcelona: La Llave.
- Nussbaum, M. (2012a). *Las fronteras de la justicia*. Barcelona: Paidós
- Nussbaum, M. (2012b). *Crear capacidades*. Barcelona: Paidós.
- Odent, M. (2011). *El nacimiento en la era del plástico*. S.C de Tenerife: Ob Stare.
- Odent, M. (2014). *El nacimiento y la evolución del homo sapiens*. Barcelona: La liebre de marzo.
- Odent, M. y Lammers, L. (mayo de 2015). *El nacimiento y la salud*. Ameijenda, I. (Organización), 1ª Edición del Curso Doula-ParamamaGalicia. Curso llevado a cabo en A Coruña, España.
- Palomar Vereza, C. y Suárez de Garay, M. E. (2007). Los entretelones de la maternidad. *Estudios Sociológicos*, 25 (74), 309-340. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/598/59825202.pdf>
- Sears, W. & Sears, M. (2001). *The attachment parenting book*. NY: Sears Parenting Library.
- Sears, W., Sears, M. & Hughey Holt, L. (1997). *The pregnancy book*. NY: Little Brown and Company.

- Sousa Santos, B. (2009). *Una epistemología del sur*. México: Siglo XXI.
- Sroufe, L.A. (2002). *Emotional development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tuteur, A. (2016). *Push back: guilt in the age of natural parenting*. NY. Dey Street Book.
- Vázquez Verdera, V. y Escámez Sánchez, J. (2010). La profesión docente y la ética del cuidado. *Revista Electrónica de Investigación Educativa* (12), 1-18. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15518482001>
- Yuren-Camaren M. (2009). Educación centrada en valores y dignidad humana. *Enseñanza & Teaching* (14), 265-274. Recuperado de <http://revistas.usal.es/index.php/0212-5374/article/view/4040>
- Sánchez Blanco, C. (2013). *Infancias nómadas: educando el derecho a la movilidad*. Buenos Aires: Miño y Dávila.

EDUCACIÓN PRENATAL Y LACTANCIA MATERNA: APOYAR A LAS MADRES EN LOS INCONVENIENTES Y DIFICULTADES DE SUS LACTANCIAS

Resumen

1. Introducción y fundamentación teórica
2. Meta o finalidad
3. Método
4. Resultados
5. Conclusiones
6. Referencias

EDUCACIÓN PRENATAL Y LACTANCIA MATERNA: APOYAR A LAS MADRES EN LOS INCONVENIENTES Y DIFICULTADES DE SUS LACTANCIAS

María Dolores Pérez Bravo
Amparo Moreno Hernández

Resumen

La maternidad y la lactancia materna son temas centrales desde una perspectiva de género. Desde nuestro posicionamiento, concebimos la maternidad y lactancia como procesos biopsicosociales, diversos y plurales, que generan experiencias y sentimientos ambivalentes en las mujeres. La investigación y apoyo a la lactancia materna desde el ámbito sanitario se ha centrado en justificar el papel beneficioso del amamantamiento para el bebé. Por ello, consideramos también importante indagar en la variedad de representaciones maternas desde la “propia voz de las mujeres” para conocer sus vivencias maternas o lactantes reales y poder ofrecerles un mejor apoyo en función de sus necesidades personales. La promoción y apoyo a la lactancia puede realizarse mediante la Educación Prenatal, obteniendo resultados satisfactorios como demuestran algunos estudios. Aunque entendemos que se debería mostrar una visión más realista de la maternidad y el amamantamiento. No planteando únicamente los beneficios de la lactancia sino tratando posibles dificultades e inconvenientes que puedan surgir, brindando recursos personales y sociosanitarios, soluciones, técnicas y consejos prácticos para resolverlos y superarlos, en caso de que las madres tengan que enfrentarse a ellos. Conocer esos problemas a los que las madres lactantes se habían enfrentado durante el amamantamiento era uno de los objetivos del estudio cualitativo que hemos realizado. Mediante entrevistas semiestructuradas, preguntábamos a las

diez madres participantes, en dos periodos distintos (durante la gestación y tras 4-5 meses del parto), sobre las fuentes y el tipo de información recibida sobre la lactancia materna, así como por las dificultades y obstáculos a los que creían que se iban a enfrentar y a los que se enfrentaron. Los resultados muestran que las madres reclamaban una mayor información y un apoyo más empático desde los profesionales sanitarios sobre todo en aquéllos momentos en los que estaban pasando por dificultades con sus lactancias.

Palabras clave

Lactancia materna, maternidad, educación prenatal, perspectiva de género, Pedagogía prenatal.

I. Introducción y fundamentación teórica

La maternidad y la lactancia materna constituyen una cuestión central desde una perspectiva de género. Ambas han sido objeto de numerosas reflexiones teóricas desde el ámbito social, político, científico o filosófico y han dado cabida a diferentes representaciones sociales dicotómicas a lo largo de la historia, principalmente, sobre cuatro núcleos esenciales: la identificación entre identidad femenina y maternidad, la mitificación o idealización de la maternidad y los estereotipos de “buena” y “mala madre”, la existencia o ausencia del instinto maternal y/o “amor materno” (Moreno, 2009).

Tabla 1: Planteamientos teóricos sobre la maternidad y la lactancia

CUESTIONES TEÓRICAS	POSICIONES	DICOTÓMICAS
Identificación entre identidad femenina y maternidad	Presencia de la maternidad en la identidad femenina: Ser mujer = Ser madre Presencia de la lactancia materna en la identidad materna: Amamantar = Ser madre = Ser mujer	Identidad femenina no vinculada a la maternidad: Ser mujer \neq Ser madre Identidad materna no vincula a la lactancia: Amamantar \neq Ser madre \neq Ser mujer
Idealización y mitificación de la maternidad	Maternidad Idealizada: El Ideal de madre Felicidad plena Idealización de la lactancia	Maternidad Real: Variedad de Experiencias maternas reales Ambivalencia de sentimientos Variedad de experiencias reales con la lactancia
Estereotipos de madre	Maternidad dicotómica: Categorías de madre Estereotipos de “buena y mala madre”. La presencia de la lactancia materna en la representación de la “buena madre”.	Multiplicidad de maternidades: Pluralidad y diversidad de madres. Pluralidad y diversidad de lactancias. Diferentes tipos de lactancias.
Existencia o ausencia del instinto maternal	Maternidad natural: Instinto materno y amor materno. La lactancia materna como instinto biológico. La madre como animal mamífera.	Maternidad cultural: Construcción social de la maternidad. La lactancia materna como construcción social.

Nuestro posicionamiento teórico concibe que la maternidad y la lactancia son procesos biopsicosociales, diversos y plurales, que generan experiencias ambivalentes en las mujeres y cuya idealización social es digna de mención y reflexión.

Entendemos que ambos procesos poseen tanto un componente biológico como un elemento social y cultural, en el que las creencias personales, las construcciones y representaciones sociales, las actitudes culturales, el apoyo y la interacción social, la educación maternal para el aprendizaje de determinadas conductas maternas y prácticas de crianza, juegan un papel primordial en su desarrollo.

Además, consideramos fundamental la necesidad de indagar en la variedad de experiencias maternas y lactantes para obtener un conocimiento más profundo de la diversidad maternal, escuchando en *“la propia voz de las mujeres”* sus demandas y sus necesidades como mujeres y como madres, lactantes y no lactantes. Del mismo modo, planteamos evitar la transmisión de una visión idílica de la maternidad y la lactancia que contribuya a no generar en las mujeres sentimientos de culpabilidad y/o ansiedad por no ajustarse a la demanda social y a un ideal de *“buena madre”*.

Tabla 2: Resumen de nuestro posicionamiento teórico sobre la maternidad y la lactancia

POSICIONAMIENTO TEÓRICO	
MATERNIDAD	LACTANCIA
Libre elección de la mujer. Una faceta más del proyecto vital de una mujer. Experiencia compleja, heterogénea, diversa y plural que genera ambivalencia de sentimientos en las mujeres. Conjunción de un hecho psicológico, biológico y cultural. Multiplicidad de maternidades.	Libre elección de la madre, fruto personal de una toma de decisiones informada y asesorada. Experiencia compleja y diversa que genera ambivalencia de sentimientos en las madres. Proceso biopsicosocial que conlleva responsabilidad colectiva. Multiplicidad de lactancias.

Desde nuestro punto de vista, la investigación y promoción de la lactancia materna desde el ámbito sanitario se han centrado principalmente en reforzar y exaltar el papel beneficioso y saludable del amamantamiento. Se han concentrado en demostrar que la leche materna es el mejor alimento para el bebé tanto a nivel físico como psicológico y social; a nivel físico, al aportarle los nutrientes necesarios, estar adaptada a las características del tubo digestivo del recién nacido, reforzarle su sistema inmunológico y protegerle de ciertas enfermedades e infecciones, siendo incluso un alimento ecológico y más económico que la leche artificial. A nivel psicológico, la lactancia materna fomentaría el desarrollo progresivo y adecuado del niño/a al favorecer el vínculo madre-hijo/a.

Sin embargo, siguiendo con nuestro planteamiento teórico, consideramos crucial llevar a cabo estudios con enfoque de género en los que se indague sobre aspectos tales como las experiencias y vivencias de las mujeres con la lactancia materna, sobre sus conocimientos, opiniones personales, creencias y actitudes; los sentimientos y pensamientos generados por el amamantamiento o la incapacidad para lactar, y los inconvenientes, problemas y dificultades, tanto a nivel social como personal, a los que se enfrentan cuando optan por la decisión de dar el pecho a sus criaturas o por el contrario eligen la lactancia artificial. Entendemos que las investigaciones centradas en todos estos aspectos nos ayudarán a desarrollar líneas de trabajo para una promoción más eficaz de la lactancia materna, nos guiarán en la articulación de un adecuado apoyo social, cultural, político, sanitario y familiar, al acercarnos más a la realidad vivida por las madres que amamantan, basándonos en sus propias circunstancias personales e idiosincrásicas.

La promoción y apoyo de la lactancia materna se puede realizar a través de una educación prenatal. De hecho, aunque aún sea necesario contar con más investigaciones que determinen si la información que reciben las mujeres acerca de la lactancia

materna en la etapa prenatal, en comparación a la información con la que cuentan solamente en la etapa posparto, disminuye el riesgo de abandono de la lactancia materna, “existe evidencia que indica que las intervenciones de promoción y apoyo de la lactancia materna aumentan las tasas de iniciación, duración y exclusividad de ésta” (Araya y Brenes, 2012, p. 12). Existe incluso un protocolo clínico de la Academia Médica de Lactancia Materna sobre la Promoción de la lactancia materna en el ámbito prenatal⁵ en el que se establecen varias recomendaciones en relación con los tres trimestres de gestación y en el que se incluye, como recomendación general, integrar la promoción, educación y apoyo de la lactancia materna durante el cuidado prenatal. Además, según algunas conclusiones del estudio de Gómez y Hernández (1995), la educación en lactancia materna debería ser un proceso continuo durante todo el control prenatal del embarazo (no solo en el postparto inmediato o mediano) pues es el momento de mayor receptividad materna para todas las enseñanzas y aprendizajes sobre este tema. Se debe involucrar a todo el personal sanitario que tiene que mantener una excelente empatía con la gestante, proporcionándole instrucciones detalladas, específicas y complejas para conseguir que su lactancia sea exitosa. Plantean que las instituciones gubernamentales y sanitarias deben respaldar una educación para la lactancia materna “desde el inicio de la educación primaria del individuo, para que ésta no se haga al momento del embarazo” (Gómez y Hernández, 1995, p. 145). Esta última idea es también compartida por los autores Hurtado, Cuadrado y De la Herrán (2015) que entienden que:

...la educación prenatal debería desarrollarse desde las escuelas, colegios e institutos [...] Es esencial que los futuros padres estén informados mediante una preparación a la maternidad/paternidad para que puedan asegurar las mejores condiciones a sus hijos. Por ello, es fundamental que estos nuevos conocimientos se integren en la formación de los profesionales de la educación y se incorporen en

5 Comité de protocolos de la Academia Médica de Lactancia Materna (2009). Protocolo Clínico número 19: Promoción de la lactancia materna en el ámbito prenatal. *Medicina de la lactancia materna*, 1(4).

los programas escolares, apoyados desde una emergente Pedagogía Prenatal que la investigase y enseñase fundada y sistemáticamente.
(p. 153)

Nosotras sugerimos también la idea de que la educación prenatal debería basarse en mostrar una visión realista de la maternidad y el amamantamiento; esto es, que aporte los beneficios de la lactancia a la par que muestre las posibles dificultades o inconvenientes que pueden surgir, brindando recursos personales y sociosanitarios, soluciones, técnicas y consejos prácticos a las madres para poder superarlos.

Podemos comprobar que el escenario que describen muchos estudios sobre la prevalencia de la lactancia materna muestra un abandono importante y precoz de la misma, sin alcanzarse las recomendaciones de expertos o de organismos nacionales e internacionales con respecto a la duración de la lactancia (Ruiz y Martínez, 2014). Creemos que, en muchas ocasiones, aunque las mujeres en un principio decidan dar de mamar a sus hijos/as por diferentes razones, la propia experiencia personal de las madres con la lactancia puede acabar transformándose en un posible inconveniente. Esto se explicaría por el hecho de experimentar vivencias no satisfactorias durante las primeras semanas o meses del amamantamiento por encontrarse en determinadas situaciones (incorporación al trabajo, problemas de salud, falta de apoyo social y familiar,...) que las llevan a abandonar esa lactancia, a pesar de ser conscientes de que la lactancia materna es lo más beneficio para sus hijos/as. Su realidad familiar, social, laboral y personal se impone a sus expectativas previas y a sus deseos a la hora de enfrentarse con algunas dificultades o inconvenientes que no preveían y que no logran superar por diferentes circunstancias. Tal es así que el estudio de Belintxon-Martín, Zaragüeta, Adrián, y López-Dicastillo (2011) muestra que las madres primerizas se sentían sorprendidas por aspectos que no esperaban al imaginarse cómo iba a ser la lactancia (dolor en los pezones, duración de las tomas o la dedicación que requiere) y la incertidumbre de no

saber cuánto tiempo iban a durar las complicaciones a las que se enfrentaban provocaba dificultades para continuar con la lactancia.

En definitiva, aunque existen publicaciones que mencionan las razones argumentadas por las madres para abandonar la lactancia materna (Díaz (coord), 2013; Estévez, Martell, Medina, García y Saavedra, 2002; Gorrita y Brito, 2011; Llorens, Ferrer, Morales y Alenda, 2007; Martínez, 2010; Sánchez, Baigorria, Alonso y Hernández, 2009), que pueden darnos una idea de las posibles dificultades con las que se encuentran en su decisión o no de lactar y/o en su proceso de amamantamiento, son escasos los estudios que hagan referencias exclusivas a los inconvenientes de la lactancia materna o las dificultades o complicaciones que pueden encontrarse las madres durante el amamantamiento y, si las hacen, normalmente son tratadas como patologías puerperales, sin indagar en otras muchas posibles situaciones personales, sociales y laborales que puedan plantear las madres.

El análisis de todos estos aspectos, a través de investigaciones en las que “*dando voz a las mujeres*” indagemos sobre el abanico de dificultades e inconvenientes que surgen en el proceso de lactancia, puede ayudar a desarrollar y plantear una Educación Prenatal en la que se aporte un mayor conocimiento a las mujeres, y futuras madres, sobre todos los obstáculos a los que se enfrentan y los recursos y técnicas para afrontarlos. De esta manera, desde un primer momento, serán conscientes de la posibilidad de su aparición y podrán desarrollar sus propias estrategias personales de superación, evitando una idealización de la lactancia y un posible duro choque con su realidad.

Esto fue una de las razones que nos llevaron a incluir en nuestro estudio la búsqueda de los inconvenientes en la lactancia materna. De hecho, los resultados y conclusiones del estudio que presentamos en este artículo forman parte de una investigación

más completa que hemos llevado a cabo para una tesis doctoral⁶, con la finalidad de examinar qué pensaban, sentían y opinaban las madres sobre la lactancia materna, con qué inconvenientes y dificultades personales y sociales se enfrentaban cuando tenían que dar el pecho a sus criaturas, cómo valoraban esa conducta y a qué presiones sociales se han visto sometidas en sus decisiones como madres. En definitiva, se centraba en conocer el punto de vista de la mujer sobre varios aspectos de la lactancia materna e indagar en sus sentimientos y pensamientos al respecto. Dada la amplitud de los resultados obtenidos, mostraremos tan solo aquellos que resultan pertinentes para la temática de este texto.

2. Meta o finalidad

El objetivo general de nuestro estudio fue encontrar algunos indicadores que pusieran de manifiesto las creencias y representaciones sobre la maternidad y, más concretamente, sobre la lactancia materna que tenían las mujeres que participaron en el mismo.

Entre nuestros objetivos más específicos se hallaban encontrar aspectos que nos orientaran sobre sus posibles vivencias negativas y los inconvenientes que se les presentaban en el establecimiento y continuación de la lactancia, sobre cuáles eran las presiones sociales que habían recibido, las necesidades sociales, políticas y sanitarias que planteaban, la información de la que disponían y el origen o la fuente de la misma.

3. Método

Realizamos un estudio fenomenológico, con un diseño descriptivo y longitudinal y una metodología cualitativa, en el que participaron un total de diez mujeres que se eligieron a

⁶ Pérez, M.D. (2015). Maternidades y lactancias. La lactancia materna desde la perspectiva de género. (Tesis doctoral no publicada). Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.

través de un muestreo intencionado o por conveniencia, con varios criterios de selección: Mujeres embarazadas en el tercer trimestre de embarazo; Mujeres primíparas; Mujeres con un hijo/a previo; Mujeres que habían amamantado a su hijo/a; Mujeres que habían dado lactancia artificial o mixta a su primer/a hijo/a; Consentimiento de las mujeres para participar en el estudio. De manera que, del total de mujeres participantes, la mitad eran primíparas y la otra mitad eran mujeres que ya habían sido madres previamente, tenían un hijo/a cuyas edades oscilaban entre los 2 y 5 años (Media de edad del hijo previo= 3,9 años) y podían haber tenido o no experiencia con la lactancia materna de sus hijos/as anteriores. La media de edad era de 34,7 años y el rango de edades oscilaba entre los 24-44 años. Estas madres procedían de diferentes lugares de la provincia de Guadalajara y de Madrid, se encontraban en diferentes situaciones laborales y poseían titulaciones académicas diversas, ya que no nos interesaba generalizar los resultados a una población general sino conocer en profundidad las experiencias de las mujeres en su relativa diversidad. (Ver Tablas 3 y 4).

Tabla 3: Características del grupo de mujeres “madres primíparas”

PARTICIPANTES	R.O.G.	N.E.V.	C.M.S.	M.A.S.	R.L.M.	Medias
LUGAR	Madrid	El Casar (Guadalajara)	El Casar (Guadalajara)	El Casar (Guadalajara)	Cabanillas del Campo (Guadalajara)	
EDAD	44	38	24	26	32	32,8 años
PROFESIÓN	Profesional autónoma	Secretaria	Teleoperadora	Auxiliar de Enfermería	Psicóloga Profesional autónoma	
ESTUDIOS	Diplomada en Químicas	FP II	Bachillerato	FP I	Licenciatura en Psicología. Máster en Sexualidad	
SITUACIÓN LABORAL	En activo	Desempleada	En activo	En activo	En activo	
Nº SEMANAS GESTACIÓN	34	38	32	31	32	33,4 semanas

Tabla 4: Características del grupo de mujeres “madres con hijos/as previos/as”

	N.F.P.	J.G.V.	I.A.V.	C.P.M.	P.S.M.	Medias
LUGAR	El Casar (Guadalajara)	El Casar (Guadalajara)	El Casar (Guadalajara)	San Sebastián de los Reyes (Madrid)	Mesones (Guadalajara)	
EDAD	36	38	36	38	35	36,6 años
PROFESIÓN	Consultora informática	Ama de casa	Maestra de educación infantil	Administrativa	Ama de casa	
ESTUDIOS (universitarios)	Licenciada en Químicas	Licenciada en Empresariales	Diplomada en Magisterio	FPI	FP II	
SITUACIÓN LABORAL	En activo	Desempleada	En activo	En activo	Pensionista	
Nº SEMANAS GESTACIÓN	37	35	32	37	37	35,6 semanas
EDAD HIJO PREVIO	5	4	3,5	2	5	3,9 años

La técnica de investigación utilizada fue la entrevista individual semiestructurada y en profundidad. Así, se realizó una primera entrevista a las diez mujeres embarazadas, que se encontraban en su tercer trimestre de gestación (con una media de 34,5 semanas de gestación; rango de semanas: 31-38 semanas) y, posteriormente, volvieron a ser entrevistadas después de haber pasado unos 4-5 meses del parto. El número total de entrevistas llevadas a cabo fueron 20, tal y como puede verse en la tabla siguiente:

Tabla 6: Número de entrevistas realizadas

1ª entrevista (Tercer trimestre de gestación)	2ª Entrevista (4-5 meses posparto)	Total de Entrevistas
Mujeres embarazadas primíparas (N= 5)	Madres primíparas (N= 5)	N= 10
Madres embarazadas con hijos/as (N= 5)	Madres con hijos/as (N= 5)	N= 10
N= 10	N= 10	N= 20

La entrevista semiestructurada constaba de un guion previamente elaborado de 17 preguntas abiertas, en torno a tres grandes bloques temáticos o áreas de indagación: los datos sociodemográficos, la maternidad y la lactancia materna.

Todos los testimonios de las entrevistadas fueron recogidos con una grabadora de voz y transcritos literalmente en su totalidad en un documento Word, para posteriormente realizar el análisis de las transcripciones mediante el programa informático de análisis cualitativo Atlas.Ti, versión 6.0. Con la ayuda de este programa, se codificaron y categorizaron las citas textuales que consideramos más significativas y se realizó posteriormente un análisis interpretativo, en el que exploramos las relaciones o conexiones entre las mismas.

4. Resultados

a. Las fuentes de información y las demandas maternas respecto a la información recibida

Los relatos de las madres participantes en nuestro estudio pusieron de manifiesto que las fuentes de las que recibieron información sobre la lactancia materna provienen fundamentalmente del ámbito sanitario. Manifestaban haber recibido la información a través de profesionales sanitarios tales como pediatras, matronas, ginecólogos/as, médicos de cabecera, enfermeros/as del Centro de Salud, principalmente en los cursos de preparación al parto (de hecho, en el caso de las madres primíparas, las cinco mujeres hacen alusión a dichos cursos). Aludían también a un cierto papel autodidacta con la búsqueda de información en libros, revistas, internet, folletos, o asistencia a charlas sobre esta temática. Incluso, casi la mitad de ellas también indicaban, en alguna de las dos entrevistas, que recibían información de personas de su entorno, sobre todo de otras mujeres cercanas tales como sus madres, abuelas, tías o amigas. Las citas textuales de algunas de ellas sobre ello son, por ejemplo:

“La lactancia materna lo que tengo es por mi tía con mis dos primos, les ha dado lactancia lo más que podía. Y bueno siempre tu abuela, tu tía” (M.A.S., 26 años, primípara, 1ª Entrevista).

“Pues lo primero lo que te cuentas entre amigas, madres” (N.E.V., 38 años, primípara, 1ª Entrevista).

“De lo que te hablan tus amigas y tus compañeras de trabajo” (C.P.M., 38 años, con hijos previos/as 2ª Entrevista).

“Lo que te van contando la gente, tu madre, tu familia” (C.M.S., 24 años, primípara, 1ª Entrevista).

Tan solo dos madres señalaron haber recibido información, asesoramiento y apoyo a través de asesoras de lactancia o de asociaciones o grupos de apoyo a la lactancia. Una de ellas, R.L.M., 32 años y primípara, llegó a mencionarlo en sus dos entrevistas y a afirmar que el apoyo recibido durante el embarazo y las primeras semanas del establecimiento de la lactancia le había resultado de gran ayuda en su lactancia:

“He asistido a algún grupo de Lactavida también. Bueno aquí hay cosas con las que coincido y otras que no, pero bueno sí que un poco te asesoran y la verdad es que es un apoyo importante” (1ª Entrevista).

“Y así es como al final ha sido cómo hemos instaurado la lactancia. Así y gracias también a la asesora de lactancia que la hemos tenido las 24 horas del día, pues eso, pendiente, disponible, nos ha ayudado muchísimo, nos ha quitado falsos mitos” (2ª Entrevista).

Cabe destacar además que dos madres con hijos/as previos/as aludieron a la importancia de la experiencia previa con la lactancia, considerando que la propia experiencia personal es un factor que ayuda a superar posibles inconvenientes y dificultades:

“La información pues del pediatra, de internet, pues en revistas, de tu propia experiencia” (I.A.V., 36 años, 1ª Entrevista).

“De mi vivencia personal, porque la información la tenía igual con la primera hija que con la segunda. Lo que pasa es que te sientes de manera diferente. Con la primera, pagas el pato, te da vergüenza, no la sacas por si hace calor... con la segunda vas andando y arreando como se puede” (N.F.P., 36 años, 2ª Entrevista).

A pesar de que el ámbito sanitario aparece como la principal fuente de información sobre lactancia materna que tuvieron las madres del estudio, en algunos de sus testimonios pudimos comprobar que reclamaban una mayor información basada en una explicación más realista de la lactancia materna, que incluya la exposición de dificultades e inconvenientes a los que se pueden enfrentar o puedan surgir. A continuación, mostramos el extracto de algunas de las narraciones de las madres participantes:

“Te lo explican como que todo es muy bonito, que la lactancia es la unión con el niño, que esto, que lo otro. Que sí, que todo eso es muy bonito, pero no te explican que puede pasar esto. Y dices: ¡muy bien!, ¡sí!, la lactancia es muy bonita, pero al que cogen, nace el niño, le pone al pecho, el niño succiona, saca la leche y todo tan estupendo... ¡pero explicar que hay otras cosas! Y que puede pasar esto y que puede pasar esto otro” (C.P.M., 38 años, con hijos/as previos/as, 1ª Entrevista).

“La lactancia te la plantean [...] yo creo que, como todo, por lo menos a mí en las clases de preparación al parto, que pegas no iba a haber ninguna, que todo iba a ser maravilloso... ¡Claro! Es que lo enfocan maravilloso en torno al hijo, pero ¡claro! de la madre no cuentan que el pecho se te va a caer a trozos, o que puede que se te caiga, porque si el pecho se queda feo o bonito eso a mí es que da igual, pero no te cuentan los inconvenientes que puedes tener, pues como, por ejemplo, lo que me ha pasado a mí, pues que el niño te pueda succionar mal y te salgan grietas, o sí que es verdad que te enseñaban unos productos, el Purelan, que nos lo fuéramos echando antes, que se fuera endureciendo el pecho, pero no, no te cuentan, no. Además, te dicen que tienes que aguantar, que lo vas a pasar mal pero que tienes que aguantar; que hay

gente que lo pasa mal quince días, otro un mes, tres meses, otros cuatro... que hay que aguantar, que tienes que dar el pecho por un año, por dos años, lo que más puedas. Pero no, esos inconvenientes no te los cuentan” (M.A.S., 26 años, primípara, 2ª Entrevista).

“Yo creo que lo que hay es desinformación por todas partes, por lo duro que es ésto, por lo que tienes que hacer, por cómo colocártelo y, también, por otro lado, tampoco va a pasar nada si a lo mejor le tenemos que dar un biberón o lo necesita, ¡yo qué sé!, es que ahí todo se hace muy duro” (R.L.M., 32 años, primípara, 2ª Entrevista).

Además, otras dos madres también remarcaron en sus discursos la presencia de contradicciones y discrepancias entre los profesionales de la salud sobre el tema de la lactancia materna debido a la falta de formación que tienen muchos de ellos. Así, por ejemplo, P.S.M. (35 años, con hijos/as previos/as, 2ª Entrevista) planteó:

“Entonces bueno...pues ha sido un poco todo... un poco yo que no quería dejar de darla el pecho y un poco por la desinformación, ¿sabes? Que tampoco estás muy, muy informado y que luego pues cada uno tiene su criterio. Hay unos que te dicen: ¡No, directamente tal!, entonces tú al estar desinformada pues haces lo que te dicen... la que más me ha informado ha sido P.⁷, pero sí que es verdad que bueno...” [...] “pero es la desinformación, ¿sabes?, el que no digan nada” [...] “No. No fue con mi consentimiento porque, claro, no te informan, no te explican un poco el después qué va a pasar o el después qué puedes hacer” [...] “Creo que hay mucha desinformación, estamos todavía un poco perdidos o pérdidas en este caso” [...] “Porque unos te dicen una cosa, otros te dicen otra. Cuando yo llegué al hospital con la fiebre y fatal, según llegué yo dije: yo quiero dar lactancia materna, y las doctoras que había allí, que eran dos, me dijeron que ni hablar, de este pecho lo que quieras, pero de este lo tienes que dejar descansar, o sea no puedes. Luego al día siguiente, las doctoras que me vieron en urgencias no eran la misma que me

7 Inicial del nombre de su enfermera de cabecera

operó, la que me operó me dijo que sí, que sí que podía, o sea que de ese no, pero que sí que podía intentar con el sacaleches sacármelo y seguir. Pero sí que es verdad que como cada uno te decía una cosa, bueno pues ya te desorientas. Unos sí y otros no”.

Y R.L.M. (32 años, primípara, 2ª Entrevista) expuso:

“Entonces ahí sí que he alucinado un poco la verdad, de decir: ¿o sea es que eres sanitario y además te dedicas a trabajar con mamás lactantes y con bebés?, y ¡jolin! necesitamos más apoyo en ese sentido y más formación” [...] “Sí que veo que hay mucha desinformación y que no lleva a un buen apoyo a la lactancia así que te tienes que buscar las..., pues eso, te tienes que seguir buscando libros, o buscando una asesora que de verdad te sientas cómoda con ella”.

Para finalizar este apartado, señalar aquí un dato que creemos importante como es el hecho de que la mitad de las madres participantes, en alguna de las entrevistas, expresaron haberse sentido presionadas y agobiadas por la insistencia social y sanitaria para continuar dando el pecho y no haberse sentido suficientemente apoyadas. Así, C.M.S. (24 años, primípara) en su primera entrevista relató:

“En el curso de preparación al parto, la última clase fue con una pediatra y salí de la clase diciendo: teta, teta, teta...En este ambulatorio son prolactancia y nos decían que a toda costa teníamos que dar el pecho al niño, y yo sé que por lo que tu madre, suegra..., todo el mundo te ha dicho, sé que es lo mejor...pero es que la pediatra ya era obsesivo, nos decía: os tienen que estar cosiendo y el niño tiene que estar ya enganchado al pecho. Y si os preguntan si estáis cansadas, decís que no, porque si no, se van a llevar al niño al nido y le ponen un chupete y si llora mucho le van a dar un primer biberón. Tengo esa información de la pediatra pero ha sido como “teta a toda costa” [...] “Muy agobiada porque justo el día anterior me comentó D⁸. de no descartar la posibilidad de darle el biberón al niño: porque tú vas a estar más desahogada, me puedo encargar yo

8 Inicial del nombre de su pareja.

de darle el biberón al niño. Todo el mundo me decía: ya tienes leche, vas a poder dar leche enseguida, vas a poder dar el pecho superbién. Entonces descarté la idea del biberón y D. me dijo que no pasa nada por darle el biberón, porque te vas a descargar, vas a poder dormir, le puedo dar yo el biberón...Pero en la clase del ambulatorio era: ¡y si os salen grietas os aguantáis!... Llegué a casa, teta, teta, teta, que es muy bueno para el niño”.

En su segunda entrevista, también manifestó lo siguiente:

“Me he sentido presionada por todo el mundo, familiares, pediatra, incubadora...aunque si es verdad que me preguntaron, no recuerdo si en la habitación o en la incubadora, si le iba a dar el pecho. Y yo dije sí. Entonces me dijeron, no te vamos a dar ninguna pastilla para que no te suba la leche..y yo dije, no, no, lo intento. Y después se me retiró sola. Si me dieron a elegir, pero cuando ya decidí darle el pecho, íbamos al pediatra y ya D. y yo decíamos en el pasillo, qué decimos, porque se van a poner ¡¿le has dado la teta?!... Pero preocúpate por si la niña ha engordado o no y no teta, teta, teta...pero decíamos cómo vamos a decir que sí, si es que no. Pero me sentía incómoda. [Entrevistadora: ¿te sentías juzgada...?]. Sí, como si estuviese haciendo mal a la niña, y le estaba dando la mejor leche...me sentí muy presionada. Mi madre también porque era prematura por las defensas. En cambio C. y M^o., eso es una guarrería, lactancia cero...vamos a ver... ¡Me estáis volviendo loca! Todo el mundo te decía y te agobias...también cada uno te dice su experiencia” [...] “No tuve mucha ayuda con lo del pecho. Si hubiese tenido a la niña en la habitación a lo mejor se sienta una enfermera y te dice así...pero en la incubadora entras media horita y...no tuve ayuda”.

Otras tres madres primíparas también comentaron al respecto:

“No, no, no. No hay ningún apoyo. O sea, o te buscas tú tu apoyo o no lo tienes. Por mucho que haya enfermeras o matronas que sean prolactancia... no, no, el apoyo no... o te buscas una buena asesora de lactancia o me parece que cuando las cosas se complican, lo tienes

9 Iniciales de los nombres de dos mujeres que eran familiares de la mujer: su suegra y su cuñada.

difícil. [...]. Pero luego también está el mensaje ese de: pero bueno no te preocupes que los biberones están y no es que le estás dando nada malo... pero claro yo el primer biberón que V:¹⁰ se bebió, se me caían las lágrimas, bueno yo lloraba a mares y todo el mundo me decía: pero no llores si no la estás matando ni nada, es todo lo contrario es salud...y yo decía para mí: ¡no!, ya sé que vale, que bien, que está comiendo y tal, pero no sé hasta qué punto es necesario... ¡Ves! Otro punto ahí importante es cómo podemos conseguir que, para una madre, una madre que apoya la lactancia, no sea tan duro darle un biberón porque es verdad que a veces lo necesitan porque si pierden mucho peso pues mira hay que recuperar ese peso y luego ya recuperaremos la lactancia pero dar ese biberón es tan difícil muchas veces” (R.L.M. primípara, 2ª Entrevista).

“No, yo la veo que está totalmente enfocada hacia el bebé, pero no hacia la madre. No, no te cuentan nada, ni te motivan, ni te... Yo ya te digo que el día que fui al pediatra, en vez de decir: ¡ay, vaya hija mía!, anda que lo que has pasado... o mira qué mala suerte..., ¡no!, ¡encima me echó una bronca de tres pares de narices!, ¿sabes? Y encima tú que te sientes ya de por sí mal... Tú quieres lo mejor para tu hijo. Y yo le decía: es que lo intenté quince días, pero no he podido, llorando; ... ya, no, no, pero es que sois muy blandas. Es que hay que esperar y eso hasta que el pecho se haga...mira la que acaba de...esa dos años y pico tiene el niño... Pues mira mucha suerte tiene, yo he querido y no he podido. Pero no, pienso que hacia la madre, no” (M.A.S. primípara, 2ª Entrevista).

“Te sentías un poco acorralada y yo con un sofocón, estaba hecha polvo, y me jorobó porque la tía venía como a convencerme y ya salté y dije: mira si es que a mí no tiene que convencerme nadie, o sea creo que estas lágrimas te lo dicen todo, yo soy la primera que quiero, pero es que no puedo, es que el dolor es inhumano, si no, no estaría aquí, o sea, el sofocón que me estoy llevando es precisamente por querer y no poder. [...] Entonces, me dolió pues eso, que ellos estaban como insistiendo y ya dije: ¡joe!, ya me enfadé un poco de alguna manera, el caso es que ella me dijo: pues venga

10 Inicial del nombre de su hija.

sigue intentándolo, que fue mucho pun, pun, pun... [...] Yo aparte de que soy una tía que para eso tiene muy claro lo que quiero, me da igual lo que me digan, me ha resultado difícil porque ellos hacían el papel un poco, jodiéndome, por así decir, porque ellos lo que intentaban era convencerme cuando yo estaba convencida, entonces me estaban haciendo más daño, como le dije a la enfermera, si a mí convencerme, no tienes que convencer, quítame este dolor, si lo que quiero es que me quiten este dolor y yo le doy el pecho a mi hijo hasta que, vamos, hasta que yo pueda, entonces, a mí me hacía mucho daño eso, el hecho de que muchas veces las enfermeras, ¡ah!, ¡pues si coge bien, ¡ah!, si pues si..., como diciendo, chica aguanta que eres una débil, y perdona pero no, o sea otra cosa seré, pero dura soy y para los dolores te puedo asegurar que cuando mi madre me vio, me dijo: esto no es normal. Entonces, pues es eso, me han..., me jodía que me estuvieran metiendo presión de convencerme, como diciéndome: venga, venga, aguanta, cuando tú no sabes lo que yo estoy pasando o no quieres saberlo” (N.E.V., 38 años, 2ª Entrevista).

Y, por último, una de las madres con hijos/as previos/as (C.P.M, 38 años) describió en una de sus entrevistas el relato que mostramos seguidamente:

“Tú vas al hospital o vas al ambulatorio y tal, y es como que la lactancia materna es lo que hay que dar ¡y punto y se ha acabado! Puedas o no puedas, se lo tienes que dar. Entonces te generan un sentimiento de culpa que yo decía: pero vamos a ver que no es que yo no se lo quiera dar... Es que hay que tener paciencia... pero si no es que no tenga paciencia, ¡es que tengo tal dolor!, y me decían: no, pues te das baños, duchas de agua caliente, o te pones paños calientes y te das un masaje, y decía: ¡si es que no me puedo tocar! Bueno todo eso en urgencias y bueno no hubo forma... Al final el sacaleches lo único que me sacaba era sangre de las grietas y tal, y claro a todo esto el niño, yo tenía que ayudarlo con un biberón, porque, ¿qué hago? ¿Le mato de hambre? [...]”

Yo a nivel psicológico fatal, fatal, pero por eso porque te creaban un sentimiento de culpabilidad, porque es que es lo que te digo, tenías que darle el pecho por encima de todo” (1ª Entrevista).

b. Los inconvenientes, complicaciones y dificultades que pueden surgir en la lactancia materna

La mayoría de las madres que han participado en nuestro estudio mencionaron, en alguna de sus entrevistas o en ambas, las situaciones de “dependencia y sacrificio” que suponía el amamantamiento como principal inconveniente de la lactancia materna. Así, por ejemplo:

“Inconvenientes, que a lo mejor te implica estar más con el bebé, o sea que te implica más dependencia de tu bebé” (R.L.M., 32 años, primípara, 1ª entrevista)

*“Son unos meses de sacrificio que es un inconveniente” (1ª entrevista)
“Dependencia, porque comen cada muy poquito al principio. Eres esclavo de tu hijo. Los primeros días y los primeros meses, vives por y para tu hijo [...] Inconvenientes, la dependencia en algunas circunstancias, por ejemplo, me tengo que ir, a mí me vino fenomenal desconectar una tarde, pero no te puedes ir más allá porque a las dos horas y media tienes que darle el pecho” (2ª Entrevista). (C.M.S., 24 años, primípara).*

“Inconvenientes para el niño ninguno, pero inconvenientes para la madre, pues que no tiene autonomía, está privada de autonomía [...] Es como una especie total de entrega total y absoluta, pues eso, una entrega, una renuncia, muchísimas, a muchas cosas que tienes, parece un acto de sacrificio muy importante” (R.G.O., 44 años, primípara, 2ª entrevista)

“Es muy esclavo, el bebé depende de ti al 100%” (N.F.P., con hijos/as previos/as, 2ª entrevista)

“El pecho solo se lo puedes dar tú, como que depende más, a lo mejor depende más de ti” (M.A.S., 26 años, primípara, 2ª entrevista)

Las dificultades laborales con las que se encontraron cuando tenían que incorporarse al trabajo tras la baja por maternidad y debían compaginar el amamantamiento con los horarios laborales eran otras situaciones que las madres reflejaban como inconvenientes de la lactancia materna en sus discursos.

Además, para muchas de las madres del estudio dar el pecho suponía dolores y cansancio físico. Describieron situaciones en las que se producían grandes cambios en su vida personal y social, normalmente, provocados por las limitaciones físicas y sociales que les producía el estar amamantando a sus criaturas:

“Es una desventaja el cansancio físico y que necesites tiempo para ti y piensas: ¡toca pecho! ¡pues se podía aguantar media hora! Es lo único, esa desventaja. Los beneficios los veo todos los del mundo y desventaja esa, que a veces el cansancio físico y que la madre necesita tiempo para ella” (I.A.V., 36 años, madre con hijos/as previos/as 1ª entrevista)

“Que te veas atada, que veas que has perdido tu libertad, porque claro es que es una responsabilidad cada hora. Al principio es que no puedes hacer nada, ni puedes salir a la calle, ni puedes salir... [...] Te ves como que no te puedes mover, no sé, como un sentimiento así de agobio, de decir: ¡jope! ¡que esto solo lo puedo hacer yo! Y no le puedo decir: ¡oye, quédate un momento que voy yo al baño o voy a ducharme, o...” (M.A.S., 26 años, primípara, 2ª entrevista)

Minoritariamente, otras madres expusieron como inconvenientes la hipogalactia, el papel relegado del padre en la lactancia materna y la incertidumbre ante el desconocimiento de la cantidad de leche que tomaba el bebé. Una madre con hijos/as previos/as (N.F.P., 36 años, 1ª Entrevista) mencionó el pudor que le suponía amamantar en público como inconveniente:

“Para el que no tenga vergüenza es una gozada, coges a tu niño y te lo llevas a todos lados. Pero para quien tiene vergüenza lo pasa mal” [...] “Pienso de la misma manera, un momento íntimo que, aunque lo hagas bien y te tapes, pero no me encuentro yo a gusto”.

Y una madre primípara (R.L.M., 32 años, 1ª Entrevista) hizo alusión a un posible inconveniente estético:

“Que se te caiga el pecho, pero yo ya lo tengo tan caído... Además, me da igual, me pongo el sujetador y ya está”.

En definitiva, las madres participantes manifestaron que los principales inconvenientes de la lactancia materna eran “la dependencia y el sacrificio”, seguidos de las dificultades laborales y el dolor físico. Sin embargo, encontramos que ninguna de las madres planteó que el inconveniente de “dependencia y sacrificio” fuese una de las razones por las que finalizaron o abandonaron su lactancia, sino que verbalizaron como principales razones la hipogalactia y el dolor físico, seguidos de otros motivos tales como los problemas médicos relacionados con el bebé o la madre y la reincorporación al mundo laboral (motivos que coinciden con los encontrados en investigaciones previas tales como la de Cardalda, Martínez, Alcalá, Talavera, Dávila y Gorrilla, 2012; Correa, Correa, Méndez, Gimeno, Correa y Alberto, 2007; Díaz et al., 2013; Estévez et al., 2002; Gascón, Pineda y Martínez, 2005; Hernández (2008); Martínez (2010); Martínez, Gonzalo, Sanz, Hind, Martín y Canicatti, 2003; Romero y Jimeno, 2006; Ruiz y Martínez, 2014). De hecho, la hipogalactia era nombrada como inconveniente de la lactancia y como una razón de finalización/ abandono de la misma en dos de las madres y el dolor físico era una de las razones que argumentaban dos de las madres primíparas para abandonar la lactancia y como inconveniente de la misma, como podemos observar en la tabla 4.

Tabla 7: El dolor físico y la hipogalactia como inconveniente y razón de finalización de la lactancia materna

DOLOR FÍSICO COMO INCONVENIENTE DE LA LACTANCIA	DOLOR FÍSICO COMO RAZÓN DE FINALIZACIÓN DE LA LACTANCIA
R.L.M. (32 años, primípara) C.M.S. (24 años, primípara) M.A.S. (26 años, primípara) R.O.G. (44 años, primípara)	N.E.V. (38 años, primípara) M.A.S. (26 años, primípara) R.O.G. (44 años, primípara)
HIPOGALACTIA COMO INCONVENIENTE DE LA LACTANCIA	HIPOGALACTIA COMO RAZÓN DE FINALIZACIÓN DE LA LACTANCIA
R.O.G. (44 años, primípara) M.A.S. (26 años, primípara) J.G.V. (38 años, madre con hijos/as previos/as)	C.M.S. (24 años, primípara) R.O.G. (44 años, primípara) N.E.V. (38 años, primípara) C.P.M. (38 años, madre con hijos/as previos/as) J.G.V. (38 años, madre con hijos/as previos/as)

Merece reflexión que las madres resaltaran en sus discursos la vinculación afectiva con el hijo/a y la comodidad como principales beneficios y ventajas de la lactancia, así como las razones personales fundamentales para decidir amamantar, a pesar de ser conscientes de la dependencia y el sacrificio que les iba a suponer. Es como si entendieran que dar el pecho es cómodo y une afectivamente al hijo/a aunque el proceso sea muy dependiente, esclavo e implique un sacrificio y una pérdida de la autonomía personal materna. Nos parece entrever que, para las madres, el beneficio para la criatura es la máxima finalidad de dar el pecho aun sabiendo que tienen que relegar a un segundo plano sus propias necesidades como mujeres:

“Si no lo hago por mi hijo, ¿por quién lo voy a hacer? [...] Yo intento darle lo mejor a mi hijo” (J.G.V., 38 años, madre con hijos/as previos/as)

“Yo creo que todo lo que puedas hacer por tu hijo, yo creo que lo haces” (N.E.V., 38 años, primípara)

5. Conclusiones

Las madres participantes en nuestra investigación manifestaron haber recibido información sobre la lactancia materna principalmente desde el ámbito sanitario y sus profesionales de la salud, aunque su interés personal por conocer más información sobre este tema las hizo emprender una búsqueda autónoma a través de diferentes recursos (libros, folletos, internet, charlas, etc.), así como consultar con su entorno social y familiar más próximo, fundamentalmente femenino (madres, abuelas, tías, amigas, compañeras, asesoras de lactancia).

Entre sus demandas, encontramos que reclamaban una mayor información por parte del ámbito sanitario y sus profesionales, así como un apoyo más adecuado y empático para salvar las imposiciones y las presiones. Exigían recibir una información más realista de la lactancia, explicando las dificultades e inconvenientes a los que se pueden enfrentar y evitando las divergencias y discordancias entre los profesionales sanitarios que atienden a las mujeres lactantes. De hecho, las complicaciones a las que ellas hacen referencia en sus testimonios son situaciones de dependencia y sacrificio, dificultades laborales, dolor y cansancio físico, cambios en la vida personal y social por las limitaciones físicas y sociales, hipogalactia o sensación personal de no tener suficiente leche materna, inseguridad ante el desconocimiento de la cantidad de leche que ingiere el bebé, papel relegado de la figura paterna, pudor por amamantar en público y posibles problemas

estéticos en las mamas. Incluso, observamos cómo algunos de estos inconvenientes (hipogalactia y/o dolor físico) fueron los motivos para finalizar o abandonar sus lactancias.

Estos resultados revelan la necesidad existente de mejorar el tipo de información que se aporta a las madres lactantes desde el ámbito sanitario. Se presenta como fundamental llevar a cabo una educación prenatal en la que se instruya y apoye a las madres en las posibles dificultades, inconvenientes y complicaciones que pueden producirse en el establecimiento y proceso de la lactancia, así como la manera de superarlas para que puedan continuar con sus lactancias. Es decir, no centrarse en ofrecer tan sólo información sobre las ventajas del amamantamiento idealizando la situación, sino transmitirles las potenciales complicaciones que pueden surgir y las soluciones viables. Aportarles recursos y lugares a los que acudir para recibir apoyo y asesoramiento. Un seguimiento sanitario más respetuoso y empático, más individualizado y personalizado en función de las características y circunstancias personales de las madres.

La promoción de la lactancia materna centrada únicamente en los beneficios que tiene la lactancia materna puede provocar además que las madres no sean capaces de manifestar argumentos personales para lactar centrándose en ellas mismas, sus necesidades o beneficios propios. Por otro lado, se refuerza que sean argumentos centrados exclusivamente en el bienestar del hijo/a. Creemos que lo correcto sería que las madres también fueran competentes para justificar en mayor medida razones personales para amamantar, pues sus propias necesidades como mujeres y madres también son relevantes en el proceso materno. Estuvieran suficientemente preparadas e informadas para decidir libremente no dar el pecho o abandonar la lactancia cuando les resulta imposible o insufrible, sin sentirse juzgadas, presionadas o menos valoradas socialmente en su papel materno. En ese sentido, compartimos la idea de González (2015, p. 36) sobre que “las madres no pueden convertirse en rehenes o víctimas de la

lactancia materna. El bebé es muy importante, pero también lo es la madre y apenas se tiene en cuenta sus necesidades como persona y como mujer”.

Ponemos igualmente de relieve la importancia de los cursos de preparación al parto en la educación prenatal como uno de los momentos clave para realizar una adecuada formación en la lactancia materna de las futuras madres. Estos cursos pueden suponer un gran apoyo social al convertirse en un lugar de encuentro femenino en el que se compartan experiencias maternas y en el que la sororidad sea primordial para empatizar con las futuras madres.

Para finalizar, a nivel más global o general, creemos conveniente, primero, que se revisen y se articulen unas políticas sociales y laborales más adecuadas para apoyar a las mujeres en su maternidad y su lactancia. En segundo lugar, proponemos la inclusión de una adecuada formación de los profesionales de la salud en lactancia materna a través de asignaturas en los planes de estudios de las facultades, cuyo objetivo sea el aprendizaje de habilidades y técnicas para mejorar el apoyo materno y el establecimiento de criterios clínicos unificados basados en la evidencia empírica sobre lactancia (para evitar la existencia de discrepancias entre los profesionales y ofrecer información contradictoria a las madres).

6. Referencias

- Araya, Z. y Brenes, G. (2012). Educación prenatal: factor asociado al éxito de la lactancia materna. *Revista Enfermería Actual* (23), 1-15. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/448/44824928008.pdf>
- Belintxon-Martín, M, Zaragüeta, M.C., Adrián, M.C. y López-Dicastillo, O. (2011). El comienzo de la lactancia: experiencias de madres primerizas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34 (3), 409 – 418.

- Cardalda, E., Martínez, J., Alcalá, A., Talavera, J., Hernández, S., Dávila, M. y Gomila, R. (2012). *Revista Puertorriqueña de Psicología* (23), 91-106.
- Comité de protocolos de la Academia Médica de Lactancia Materna (2009). Protocolo Clínico número 19: Promoción de la lactancia materna en el ámbito prenatal. *Medicina de la lactancia materna*, 1 (4). Recuperado de http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/Protocol_19_Spanish_120611.pdf
- Correa, M., Correa, E., Méndez, D., Gimeno, A., Correa, B., Alberto, J. C. (2007). Estudio de comportamiento en la lactancia materna. *Boletín de Sociedad Canaria de Pediatría*, 31 (1), 49-54. Recuperado de <http://sctfpe.com/inic/download.php?idfichero=298>
- Díaz, M. (coord.), (2013). *Encuesta Nacional sobre Hábitos de Lactancia del Grupo de trabajo español de la Iniciativa Mundial de Lactancia Materna*. Recuperado de http://www.aeped.es/sites/default/files/resumen-presentacion-encuestalm-julio2013_0.pdf
- Estévez, M. D., Martell, D., Medina, R., García, E. y Saavedra, P. (2002). Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *Anales Españoles de Pediatría*, 56 (2), 144-150.
- Gascón, E., Pineda, V. y Martínez, I. (2005). Causas de no inicio y de abandono de lactancia materna en una zona rural. *Enfermería Integral: Revista Científica del Colegio Oficial de A.T.S. de Valencia* (70), 36-38.
- Gorrita, R.R. y Brito, D. (2011). Deseos, aptitudes y conocimientos de las gestantes sobre lactancia materna: Algunos factores asociados. *Revista de Ciencias Médicas La Habana*, 17 (2). Recuperado de http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/522/html_3
- Hernández, E. (2008). Genealogía histórica de la Lactancia Materna. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 15. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2745761>

- Hurtado, H., Cuadrado, S. y Herrán, A. de la (2015). ¿Hacia una Pedagogía Prenatal? Una propuesta educativa. *Revista Ibero-Americana de Educación*, 1 (67), 151-168. Recuperado de <http://rieoei.org/deloslectores/6809Hurtado.pdf>
- Gómez, F. y Hernández, C. (1995). Educación en lactancia materna durante el control prenatal, Hospital General de Medellín, diciembre 1993–abril 1994. *Revista CES Medicina*, 2 (9), 136-145.
- Llorens, B., Ferrer, E., Morales, V., Alenda, A. (2007). Creímos en la lactancia materna. Una aproximación de la experiencia en tres generaciones. *Index de Enfermería*, 16 (58). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962007000300007&script=sci_arttext
- Martínez, J. M. (2010). Factores asociados al abandono de la lactancia materna. *Metas de Enfermería*, 13 (6), 61-67.
- Martínez, M. R., Gonzalo, J., Sanz, A. Hindi, B., Martín, M. P., y Canicatti, A. M. (2003). Influencia del trabajo materno sobre la lactancia natural. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 5 (19), 385-394.
- Moreno, A. (2009). Los debates sociales de la maternidad: maternidad y maternidades. En C. Bernis, R. López, P. Montero (Eds.), *Determinantes biológicos, psicológicos y sociales de la maternidad en el Siglo XXI: Mitos y realidades* (pp. 3-19). Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Romero, M. E. y Jimeno, J. F. (2006). La lactancia materna en el niño mayor. *Medicina Naturista* (10), 646-652.
- Ruiz, P. y Martínez, J. M. (2014). Causas del abandono de la lactancia materna exclusiva en una zona básica urbana. *ENE Revista de Enfermería*, 8 (2). Recuperado de <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/414/LACTANCIA>
- Sánchez, M. R., Baigorria, S., Alonso, M.E. y Hernández, D. M. (2009). Lactancia materna: algunos factores que promueven el destete precoz. *Revista de ciencias médicas La Habana*, 15 (3), 44-49. Recuperado de <http://www.revcmhhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/439/html>

ARTETERAPIA PARA LA MATERNIDAD. APORTACIONES DEL ARTE A LA EDUCACIÓN PRENATAL Y PARENTAL

Resumen

1. Introducción
2. Arteterapia para la maternidad
3. La maternidad como proceso de creación
4. Aportes del arteterapia a la educación prenatal
 - 4.1. La relación entre la crianza y la creación
 - 4.2. Desarrollo de la conciencia y desarrollo personal
 - 4.3. Metodología activa, vivencial y artística
 - 4.4. El ambiente de creación en grupo
 - 4.5. Educación emocional y social: El desarrollo de las competencias parentales
 - 4.6. La exploración de los patrones de relación: Visualización del sistema familiar
 - 4.7. Exploración y transformación de los estilos de apego
 - 4.8. El potencial de los materiales y metáforas
 - 4.9. El potencial de las obras/imágenes
 - 4.10. La implicación del cuerpo
 - 4.11. Empoderamiento
 - 4.12. Resiliencia
 - 4.13. El potencial de transformación social de la creación colectiva
 - 4.14. El desarrollo de la dimensión artística personal
5. Conclusiones
6. Referencias

ARTETERAPIA PARA LA MATERNIDAD. APORTACIONES DEL ARTE A LA EDUCACIÓN PRENATAL Y PARENTAL

Lucía Hervás Hermida

Resumen

El arteterapia para la maternidad es una vía de trabajo innovadora que se basa en la utilización de los procesos artísticos para el apoyo a las necesidades específicas de las madres y sus familias, desde la etapa prenatal. Desde un punto de vista preventivo, de desarrollo personal y de género, se trata de una propuesta que pretende facilitar un espacio seguro en el cual las mujeres puedan conectar con el potencial creativo vinculado al nacimiento de la vida, y sus posibilidades de transformación individual y colectiva. Partiendo desde la experiencia de intervención e investigación en diversos contextos, en este capítulo se describen las posibilidades que el arte ofrece como una vía alternativa a la educación prenatal, parental y maternal.

Palabras clave

Arteterapia, maternidad, educación prenatal, educación parental, género.

i. Introducción

El nacimiento de un nuevo ser es en sí mismo un hecho creativo. Desde el momento en que un nuevo ser es por primera vez pensado, incluido todo el proceso de gestación y educación, el surgimiento de la vida es un acto de creación. La vida se abre paso donde antes no existía, como la hierba es capaz de abrirse paso a través de la tierra, tomando lo que necesita para crecer, y transformando todo a su alrededor. Este hecho, de tan obvio que resulta, no suele ser tenido en cuenta. Habitualmente, la atención a la maternidad, a la paternidad y a la vida prenatal en general, se ha centrado en los aspectos médicos, biofísicos, y últimamente también en los emocionales, pero raramente desde esta perspectiva creativa.

La pedagogía prenatal, como ciencia emergente, tiene como fin la ampliación de la concepción del fenómeno de la educación prenatal, atendiendo a toda su complejidad de factores, dimensiones y escenarios de todo lo que sucede cuando la vida aparece (de la Herrán, 2015; Hurtado Fernández, Cuadrado Nicoli, & de la Herrán, 2015). Porque la educación no sucede desde el momento en que el niño o niña empieza la escuela, ni cuando empieza a hablar, ni cuando nace, ni siquiera cuando es concebido. Como sucede con cualquier creación, la vida empieza mucho antes.

El reto está en profundizar más allá de los caminos y espacios que hasta ahora nos ha ofrecido la educación, comprendiendo ya que ésta no sucede sólo donde habitualmente pensábamos. Esta comprensión de la educación desde su complejidad y atendiendo al origen de la vida nos lleva a interesarnos por lo que sucede en el universo prenatal, cuando la vida aún no ha eclosionado, y sin embargo ya se encuentra plena de existencia, en un momento además trascendental para su desarrollo.

Conscientes de ello, en los últimos años han evolucionado significativamente las investigaciones acerca de la vida prenatal y el desarrollo humano, con su directa influencia en la educación maternal, prenatal y parental, ámbitos hasta ahora separados, paradójicamente, pero destinados a dialogar y encontrarse, desde una perspectiva integral.

En el nexo entre estas ciencias, y con la intención de aportar una visión innovadora e integral, es mi objetivo con este capítulo indagar acerca de las aportaciones del arteterapia a la educación prenatal y parental. A partir del tejido entre las diferentes teorías y mis propias experiencias serán abordados distintos puntos de vista: el arte como lenguaje, como metodología, como vía de transformación social, y el arte como vía de expresión del potencial humano, meta esencial de la educación.

Mis reflexiones parten de mi experiencia como arteterapeuta e investigadora en el ámbito de la maternidad y la familia, en el cual llevo varios años realizando una investigación de tesis doctoral en distintos ámbitos de intervención dentro del marco de la parentalidad positiva¹¹. También e inevitablemente tienen su base en mi vivencia como madre, artista y persona creativa, en proceso de cuestionamiento y crítica constante sobre mi propia práctica y lo que observo a mi alrededor: maternidades que no son vividas desde la plenitud sino desde el temor o la culpa, cuerpos maltratados con intervenciones médicas que no tienen en cuenta la experiencia femenina, criaturas que nacen y crecen en los brazos confusos y desorientados de sus madres, ignorantes del poder de sus cuerpos maternos y de su potencial creador.

¹¹ La parentalidad positiva se define según la Recomendación Rec (2006) de políticas de apoyo a la parentalidad como "Aquel comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación que incluyen el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño". (Comité de Ministros a los Estados Miembros, 2006, p. 3). Este modelo, fundamentado en investigaciones recientes sobre el desarrollo humano y la intervención familiar, promueve el desarrollo de medidas de apoyo y educativas para las familias, de carácter universal, desde un enfoque preventivo, ecológico y de la promoción de los buenos tratos y el desarrollo de las competencias parentales.

Es importante mencionar en este punto que, si bien mi compromiso es con el nacimiento de la vida y con las familias en general, mi posicionamiento, desde una perspectiva de género, es hacia el trabajo con la maternidad específicamente. Este posicionamiento se justifica desde la comprensión de la realidad de las madres dentro de la experiencia familiar que, por motivos culturales e históricos, además de biológicos, es totalmente diferente de la experiencia tradicional paterna, así como por su impacto directo tanto biológico como emocional con la relación con el nuevo ser. Mi trabajo parte del cuestionamiento de las estructuras y mitos asociados a la familia y a las experiencias maternal y paternal, comprendiendo que existe todo un potencial por explorar más allá de los roles binarios que socialmente nos han sido adjudicados. En este sentido la tendencia social es clara, con la apertura hacia nuevos modelos donde la familia nuclear tradicional ya no es el único modelo posible: separaciones, familias monoparentales, familias reconstituidas, familias plurales y LGTBI y Queer¹². La experiencia maternal ya no es exclusivamente femenina y, sin embargo, en los tiempos de la coparentalidad y la incorporación de la mujer a la vida laboral y pública, sigue existiendo un largo recorrido hasta la completa erradicación de la opresión y violencia hacia las mujeres, y la maternidad es un factor clave de esta discriminación.

Todo trabajo a favor de las madres es un trabajo a favor de las criaturas, de la vida. En este sentido son comunes a la pedagogía prenatal, así como a la educación parental desde la parentalidad positiva la visión preventiva y de promoción del desarrollo humano. Es a través de la creación de espacios de cuidado a las criaturas y de apoyo a la madre, a la familia, que es posible el desarrollo personal y colectivo y la transformación social. Ellas son las que a lo largo de la historia han sido capaces de concebir, gestar, parir y criar civilizaciones, aún en las peores

¹² Las siglas LGTBI refieren al colectivo de lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales. El término Queer, cuya traducción literal del inglés es “extraño” refiere a una teoría crítica con las construcciones tradicionales respecto al género y su tendencia a la clasificación en categorías separadas de manera normativa.

condiciones de sometimiento y dominación, aún en situaciones de guerra, conflicto o hambrunas, las mujeres, con sus cuerpos y su potencial creador han sido capaces de gestar la humanidad. Resulta sorprendente esta capacidad, esta inteligencia y resiliencia maternal que describe Barudy (2014), que ha permitido el desarrollo humano a pesar de las circunstancias adversas. Sin embargo, como sostiene el autor, los buenos tratos, el cuidado y la resiliencia no son únicamente un factor individual, sino que son una necesidad y una responsabilidad colectiva, y es en la creación de esos entornos de buen trato, de respeto, donde reside nuestra responsabilidad y creatividad social.

2. Arteterapia para la maternidad

Según la FEAPA (Federación Española de Asociaciones Profesionales de Arteterapia) una posible definición de arteterapia sería:

El Arteterapia es una vía de trabajo específica que utiliza el proceso de creación a través del lenguaje artístico para acompañar y facilitar procesos psicoterapéuticos y promover el bienestar bio-psico-social, dentro de una relación terapéutica informada y asentida a aquellas personas y/o grupo de personas que así lo requieran. (FEAPA, 2017)

Se trata de una disciplina terapéutica que se encuentra en la intersección de los terrenos del arte, la psicoterapia, la educación y lo social, tomando elementos de todos ellos, sin ser específicamente igual a ninguno, entrando en el terreno de la creatividad y de lo simbólico. Se basa en el potencial transformador que tiene la creación artística dentro de un encuadre adecuado, y en el triángulo que se produce en la relación terapéutica entre la persona, el/la arteterapeuta y la obra artística, generando una experiencia única de gran riqueza y con grandes posibilidades.

Los talleres de arteterapia se desarrollan en un espacio especial, seguro, de confianza, en el cual, con el acompañamiento del/la arteterapeuta, las personas experimentan un proceso de creación

en el cual son protagonistas. En estos talleres lo más importante es el proceso, por lo que no es necesario que la persona tenga una especial habilidad artística ni preparación previa, sino que se considera que cualquier persona puede beneficiarse de ella. Pueden incorporar la utilización de diversos lenguajes artísticos, desde el dibujo o la pintura, el modelado, la escultura, el teatro, la creación literaria, o la expresión corporal, siempre dentro de un marco de relación y acompañamiento terapéutico.

Si bien en otros países como Reino Unido o Estados Unidos el arteterapia ya cuenta con amplio reconocimiento, el desarrollo de la profesión en España es relativamente reciente, sin ser todavía reconocida y por lo tanto regulada su práctica. En el ámbito de la maternidad y el trabajo con familias su aplicación es aún más incipiente, ya que hasta el momento apenas se han realizado algunas experiencias pioneras y dispersas por la geografía española, con una gran variedad de formatos y enfoques (Hervás Hermida, En prensa)¹³. En este sentido, el fin de mi investigación consiste en desarrollar un corpus teórico así como metodológico que sustente la práctica del arteterapia con la maternidad y la familia así como abrir un campo potencial de intervención e investigación futuras. Para ello he estado desarrollando diversas experiencias de arteterapia con la maternidad y las familias en contextos educativos, clínicos y sociales. El arteterapia para la maternidad sería por tanto una vía de trabajo específica dentro del arteterapia familiar, basada en la atención a los procesos y necesidades propios de esta etapa, desde una perspectiva de género, sistémica y de promoción del desarrollo personal¹⁴.

¹³ Datos del cuestionario a arteterapeutas con experiencia de arteterapia con la maternidad y la familia, realizado como parte de mi tesis doctoral y cuyos resultados fueron presentados en el III Congreso de Arteterapia FEAPA, celebrado en la universidad de Murcia en 2017. Actualmente pendiente de publicación en Actas.

¹⁴ Para más información se pueden consultar los resultados parciales de la investigación ya publicados o en prensa, especialmente el monográfico sobre Arteterapia para la maternidad y las familias publicado en la revista de investigación Papeles de Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social en 2016 en el cual participé como coordinadora (Hervás Hermida, En prensa., 2014, 2016a, 2016b).

3. La maternidad como proceso de creación

Es importante aclarar, como mencionaba anteriormente, la concepción de la maternidad a la que me refiero, entendiendo ésta de manera amplia. Según la definición que aparece en el diccionario de la R.A.E (Real Academia Española, 2014), la maternidad refiere al “Estado o cualidad de madre”. Según esta idea, que coincide con concepción social que tenemos habitualmente de la maternidad, ésta hace referencia a un estado, aquel alcanzado por la mujer que ha tenido hijos, que ha pasado por el proceso del parto. Y así, la definición del término “madre” en el diccionario de la R.A.E es: “Hembra que ha parido” (Real Academia Española, 2014). Sin embargo, esta definición no contempla otras posibles definiciones de maternidad, como la maternidad adoptiva, las madres de alquiler, o las maternidades simbólicas. Tampoco incluye en su definición la maternidad de las mujeres en gestación, ni de las madres que han perdido a sus hijos, ya sea en periodo prenatal o postnatal.

Según Stern, Bruschiweiler-Stern, y Freeland (1999), el surgimiento de la identidad maternal es un proceso psicológico complejo, que no sucede como consecuencia directa de dar a luz, sino que evoluciona desde la etapa prenatal y tras el parto, de manera paralela al desarrollo del bebé. Este proceso psicológico que sucede de forma natural, tiene una naturaleza creativa, en tanto que la mujer elabora y se inventa su propia identidad maternal, tomando como materiales para su creación las referencias que tiene en su entorno. Este proceso, que también experimentan los padres con su identidad parental, se da independientemente de si existe relación biológica entre el adulto y el niño o niña, y tiene una intensa relación con el vínculo, imagen y expectativas que el adulto se crea de la criatura con la que desempeña el rol de cuidador principal. Se trata de un proceso creativo y relacional, en el que la interacción intersubjetiva entre ambos son los principales protagonistas (Stern, 1983).

La maternidad, además, más allá del hecho reproductivo, tiene múltiples significaciones, desde el punto de vista social, cultural, e histórico. Cada cultura ha otorgado una visión y expectativas diferentes a lo que significa ser madre y acerca de cómo debe ser el proceso de la crianza. La maternidad y crianza, así como la educación, se insertan de manera directa en la esencia de cada cultura, como vía de transmisión intergeneracional. En nuestra cultura, actualmente, y en parte gracias al enfoque de género, nos encontramos en un momento de cuestionamiento acerca de las implicaciones tradicionalmente asociadas a la maternidad. Los modelos clásicos de familia están siendo cuestionados y en su lugar están apareciendo nuevas posibilidades y configuraciones, tomando la mujer por primera vez en la historia de occidente un papel emancipado. La concepción de la maternidad del siglo XXI está en camino de desarrollarse (Oberman, 2004) en un proceso que sin duda tiene un carácter creativo y que parte de lo individual hacia lo colectivo. En este proceso el arteterapia tiene el potencial de ofrecer grandes aportaciones para su elaboración, tal y como veremos a continuación.

4. Aportes del arteterapia a la educación prenatal

4.1. La relación entre la crianza y la creación

Tal y como comentábamos, existe una estrecha relación entre la creación y la crianza, sustentada en las raíces etimológicas comunes de ambos términos (Hervás Hermida, 2016). Según esta idea, la maternidad en sí misma podría considerarse como un proceso creativo, que sucede de manera paralela a la gestación del nuevo ser en varios niveles de complejidad. Por un lado, y de manera obvia, se encuentra la creación física, sobre la criatura y sobre el cuerpo de la mujer, mientras que a la vez se están produciendo otra serie de creaciones, sobre la psique de la mujer y sobre su realidad familiar y social (Fernández Bocanegra, 2012). En este proceso, aparece el surgimiento de la identidad materna, tomando como referencia las experiencias previas que ha tenido la mujer en su contacto

con la maternidad, a través de su propia madre y de las mujeres de su entorno, generándose así un ideal de maternidad a medida. Se produce además una nueva configuración en la relación con la pareja, quien también se encuentra en proceso de elaboración de su propia identidad parental, así como con las relaciones con la familia extensa y con la sociedad en su conjunto. Nace la criatura, pero no sólo a nivel físico, sino que con su nacimiento se producen una serie de nacimientos, sobre sus progenitores y sobre todo su entorno, quienes antes de nacer ya tienen una imagen clara de las expectativas y significados otorgados sobre él.

Este proceso de creación, que habitualmente no es atendido como tal, puede tener su espacio de elaboración y metabolización a través del lenguaje artístico, dentro del espacio seguro del taller de arteterapia. En este sentido, la relación con los materiales y con la obra artística permite explorar esa dimensión creativa de la maternidad de manera que este proceso de transformación se vea enriquecido y ampliado en un proceso de toma de conciencia.

4.2. Desarrollo de la conciencia y desarrollo personal

Este proceso de ampliación de la conciencia es, según de la Herrán (2015), el objetivo y a la vez la metodología idónea de la educación prenatal, entendiendo la educación desde el punto de vista del desarrollo del potencial humano. Se trata, no tanto de promover la instrucción a través de la introducción de contenidos ajenos a la experiencia maternal, sino de generar experiencias conducentes a la toma de conciencia, y por lo tanto al desarrollo personal, lo cual revierte directamente en la relación con la criatura que está por nacer. En este sentido, el arteterapia, como decíamos, ofrece un camino no sólo de expresión sino también de elaboración, tanto a través del proceso como de la obra. Tal y como describe Anna Freijomil (2016) acerca de su experiencia de talleres de arteterapia en la etapa prenatal, el principal aporte de la experiencia arteterapéutica se debe a que promueve no sólo una

aproximación intelectual a la realidad de la mujer embarazada, sino que se aborda la experiencia desde su complejidad y en plenitud de consciencia.

Al escucharse a sí misma y ser consciente de sus emociones, la mujer inicia un proceso creativo y terapéutico que le ayuda a expresar y transformar sus vivencias para que consiga repercutir positivamente al bebé en gestación. Sin este proceso nos quedaríamos a medio camino. Porque no es lo mismo saber qué es una montaña, que subirla. Con la experiencia de subirla, es entonces cuando la conoces. En este sentido, no es lo mismo saber cómo me siento, a explorar mis emociones. Si las exploro, puedo llegar a saber por qué aparecen, de dónde vienen, su origen y entonces empezar un proceso de comprensión, aceptación y transformación. (Freijomil Reverter, 2016, p. 171)

4.3. Metodología activa, vivencial y artística

Desde un punto de vista metodológico, el arteterapia también se encuentra alineado con los planteamientos de los programas más recientes de educación parental, dentro del marco de la parentalidad positiva. Estos programas, denominados de tercera generación (Martín-Quintana et al., 2009), se distinguen de los anteriores por la metodología utilizada, la cual cuestiona el modelo academicista de transmisión de conocimientos, proponiendo un modelo de trabajo vivencial, que parte de las necesidades particulares de las familias y no de modelos ideales de parentalidad. Esta metodología, que utiliza los principios de circularidad y complejidad de la teoría sistémica, tiene como objetivo la construcción de un conocimiento compartido dentro del grupo, partiendo de los intereses y experiencias personales de los participantes. Este proceso de construcción, que tiene a su vez un componente creativo, puede ser facilitado y enriquecido por la experiencia de creación en grupo en el taller de arteterapia. Se trata de facilitar que los participantes tomen un rol activo en el proceso, tomando la experiencia de creación como laboratorio para la experimentación del cambio, y siendo ésta a su vez generadora de aprendizajes.

En este sentido, desde el punto de vista metodológico, la presencia del lenguaje artístico tiene diversas aportaciones específicas. Por un lado, y comprendiendo el arte como una vía de conocimiento, aporta un vehículo y un lenguaje para la comprensión y el aprendizaje. La posibilidad de expresar, no sólo las emociones, sino las ideas, experiencias y aprendizajes adquiridos, a través de otro lenguaje alternativo al verbal, sin duda enriquece el proceso de reflexión. El lenguaje artístico aporta profundidad al aprendizaje, tanto a través de la experiencia de creación como a través de la observación de la obra y de la reflexión sobre la experiencia.

4.4. El ambiente de creación en grupo

Otra de las ventajas que ofrece el arteterapia, a nivel metodológico, tiene que ver con la capacidad que ofrece el espacio de creación en grupo, para compartir experiencias y de encontrar resonancias y apoyo en la relación con las demás participantes del taller. El taller se convierte en un espacio donde tiene cabida la posibilidad de compartir vivencias, dudas, emociones, información, sentimientos encontrados, etc. Es un refugio en el que sentirse comprendida por personas que están atravesando una situación personal similar, y encontrar alivio a la sensación de aislamiento y soledad, muy común durante la maternidad en nuestra cultura. Este espacio compartido simboliza la “Matriz de apoyo”, tal y como la definieron Stern et al., (1999). Este término hace referencia al ambiente que toda mujer en proceso de convertirse en madre necesita tener a su alrededor, un entorno de apoyo y contención, normalmente formado por otras mujeres de confianza, del cual la madre obtiene no sólo la información y los recursos que necesita para desarrollarse como madre, sino especialmente confianza en sí misma.

La siguiente cita de la respuesta de una de las participantes en el cuestionario de evaluación del taller de arteterapia para mujeres embarazadas ejemplifica esta idea:

“Me llevo la felicidad, tranquilidad, amistad, diversión... Me llevo afirmación, el sí, cariño, amor, y fuera deo, no es que deo nada de la clase en sí, pero es que desde que he venido hasta que me voy, he perdido bastante miedo del que tenía. El ver que estamos todas igual, que no estoy sola...”

4.5. Educación emocional y social: El desarrollo de las competencias parentales

Esta matriz de apoyo es el sustrato desde el cual las mujeres desarrollan sus competencias parentales, las habilidades y recursos necesarios para el desempeño de su rol como madres. Gracias al proceso de creación artística, al diálogo con la obra, y al proceso de relación intersubjetiva dentro del espacio grupal, se produce un proceso conducente a la educación emocional y el desarrollo de ciertas habilidades sociales asociadas con la crianza, como la empatía, la flexibilidad, y la comunicación no violenta. Según Demecs, Fenwick, & Gamble (2011) el ambiente de creación en grupo facilita los aprendizajes y el intercambio cultural necesario para que las mujeres puedan desarrollar sus competencias parentales. A este respecto otra de las participantes del mismo taller de arteterapia con mujeres embarazadas respondía: “El hecho de relacionarlo con el arte hace que la gente esté más tranquila y relajada y propicia un ambiente cálido muy adecuado para generar confianza”.

4.6. La exploración de los patrones de relación: Visualización del sistema familiar

En este sentido, una de las principales ventajas que ofrece el arteterapia tiene que ver precisamente con la presencia del lenguaje y los materiales artísticos, los cuales ofrecen una vía de comunicación alternativa. A través de este medio es posible articular sensaciones y experiencias difíciles de expresar a través del lenguaje verbal, reflejándose en la experiencia de creación los patrones de relación existentes (Riley & Malchiodi, 2003). Según la arteterapia familiar, basada en la teoría sistémica, la familia es comprendida como una compleja red de relaciones, un sistema cambiante y en constante interacción, que a su vez forma parte de un tejido social y cultural (Kerr, Hoshino, Sutherland, Parashak, & McCarley, 2011). La experiencia de creación es capaz de simbolizar las interacciones del sistema, lo cual se puede observar en la manera en que la persona se relaciona con los materiales, con el soporte, con la arteterapeuta, o con las demás participantes. También se puede ver representado en la obra, la cual, como una cartografía, es capaz de reflejar las posiciones simbólicas de cada uno de los miembros del sistema familiar. De esta manera es posible explorar las dinámicas de relación, así como visualizar las tensiones y conexiones en el sistema familiar, en un proceso de toma de conciencia y de apertura a la transformación. En la siguiente imagen realizada por una participante del taller de arteterapia para la maternidad se puede ver ilustrada esta idea, a través de la visualización de la obra, así como de su relato sobre su experiencia (ver figura 1).



Figura 1.

“Yo no he dibujado fuera del círculo porque para mí mundo es todo. He dibujado a todas las partes de mi familia, somos todos muy independientes, y siempre estamos muy pendientes los unos de los otros, nos molestamos a veces, y ahora están todos muy pendientes. Ahora estoy yo en el centro, otras veces he estado afuera, y esto va cambiando, y siempre ahí, ya te digo, concéntricos, rozándonos... y siempre muy pendientes unos de otros. Me ha gustado. No tengo muchos miedos durante el embarazo. Yo creo que lo más difícil va a ser criarlo. Yo estoy muy tranquila con mi vida, mi familia, mi mundo entero.”

4.7. Exploración y transformación de los estilos de apego

En este proceso de exploración de los patrones de relación familiar, el espacio del taller funciona como un laboratorio de experimentación que es reflejo de la vida real. En él se puede observar una recreación simbólica de las relaciones tempranas,

basada en el simbolismo en el proceso de creación (Proulx, 2003). Según García Pradas (2013) las sesiones de arteterapia con mujeres embarazadas ofrecen un espacio para que éstas puedan explorar sus modelos de relación, tanto con la obra, como con la arteterapeuta, como con ella misma, ensayando nuevos patrones, dando la posibilidad de transformar los esquemas negativos en otros más saludables.

Los vínculos que emergen en el espacio simbólico que ofrece el espacio del taller de arteterapia, pueden hacer que el curso de las relaciones poco favorables con las que suelen vivir estas mujeres, cambie a través de la traducción de estos vínculos por otros reales; ver nuevas posibilidades de relacionarse en el contexto arteterapéutico concede a estas mujeres embarazadas la posibilidad de conocer nuevas formas de relacionarse en su vida cotidiana, nuevas formas de mirarse a sí mismas, de reconocerse en sus propias obras, en su relación con éstas, en su diálogo con el material artístico y en su relación con la arteterapeuta. Reconocer y descubrir nuevas formas de relacionarse en este espacio simbólico, favorece la transformación de las pautas de comportamiento reales a la hora de establecer sus relaciones. Los modelos internos activos se pueden reelaborar a través de la vivencia de acontecimientos que provoquen su cambio y la experiencia arteterapéutica puede ayudar a que este cambio tenga lugar a través de la elaboración de nuevos estilos de apego, que les aporten la seguridad de la que carecen, y los cuales van a transmitir a sus hijos. (García Pradas, 2013, p. 56)

4.8. El potencial de los materiales y metáforas

Estas posibilidades que otorgan los materiales artísticos al proceso, más allá de sus posibilidades de representación, tienen que ver con sus cualidades materiales y simbólicas. Por este motivo, la elección de las propuestas y de las técnicas no es asunto menor, y aunque no existen recetas, ni todas las propuestas tienen el mismo impacto para todas las personas, sí que resulta interesante observar el potencial que ofrecen los materiales, así como el imaginario y las metáforas en las propuestas de creación. De esta manera, tal y como describe Proulx (2006), el soporte del papel en la mesa puede simbolizar la base segura de relación, mientras que los lápices y pinceles, como una extensión de los dedos, permiten explorar el contacto y la separación. Ciertos materiales

pueden sugerir asuntos relacionados con la alimentación, como la harina, mientras que el agua está asociada con las emociones y el nacimiento. La arcilla puede simbolizar la tierra, así como el contacto con el cuerpo, a través de la caricia, y los recipientes referir al imaginario de la contención. A nivel representacional, la representación en círculo típica de los mandalas, sugiere una representación del cosmos, mientras que a su vez es una imagen del vientre materno, del espacio en el que crece la criatura.

También es interesante observar la capacidad de los materiales para producir reminiscencias a través de la experiencia sensorial; el tacto, los olores, los cuales son capaces de transportar a las personas a ciertos momentos de su vida y en especial de su infancia. En este sentido, más allá del significado lógico y literal que se le pueda otorgar a la experiencia, no se puede perder de vista el potencial de la experiencia con los materiales como desencadenantes de procesos internos.

4.9. El potencial de las obras/imágenes

Otra de las ventajas que aporta la presencia del lenguaje artístico en las sesiones de arteterapia tiene que ver con el potencial revelador de las obras creadas durante las sesiones. Si bien en la literatura del arteterapia existe amplio consenso acerca de otorgar una mayor importancia al proceso de creación por encima de los resultados, la obra en sí misma es también capaz de ofrecer enormes posibilidades, algunas de las cuales ya se han comentado.

Por un lado, tal y como afirma Hocking (2007) en su estudio acerca de las imágenes de las mujeres embarazadas, éstas pueden ser un reflejo de cómo evoluciona el autoconcepto de la mujer durante el embarazo, de manera paralela al crecimiento de la criatura. En este sentido, la observación de las imágenes puede servir como una información muy valiosa para la comprensión

del proceso. Incluso resulta habitual que en muchos casos la obra adquiriera el estatus de objeto transicional, al ser llevada y expuesta en casa, sirviendo de testigo de ese proceso de internalización.

Sirviéndose del uso de este potencial, resulta interesante destacar el trabajo desarrollado por Swan-Foster, Foster, y Dorsey, A. (2003) en la sistematización y estudio de las imágenes creadas por las mujeres embarazadas, con el fin de desarrollar una herramienta no verbal para la prevención, desde el punto de vista de la detección de posibles patologías asociadas a la maternidad, como la depresión puerperal.

4.10. La implicación del cuerpo

El proceso de creación, además, supone una implicación corporal, a varios niveles, desde el mismo proceso de elaboración e interacción con los materiales, hasta su representación de manera más o menos simbólica. Las acciones de dibujar, recortar, amasar, modelar, construir, ensamblar, todas ellas requieren un compromiso físico para su elaboración, activando la memoria corporal, sensorial y propioceptiva, y provocando emociones y reacciones bioquímicas y hormonales con un impacto en el cuerpo de la mujer, así como en la criatura en el vientre.

En este sentido, un aspecto que suele pasar desapercibido de las sesiones de arteterapia es su capacidad para generar estados de relajación y bienestar, a través de la liberación de las tensiones corporales en la interacción con los materiales. Tal y como afirma Freijomil (2016) esta relajación es clave durante la etapa prenatal, pues de ella se ven beneficiados tanto la madre como la criatura, propiciando estados de calma y felicidad. Una de las participantes en el taller de arteterapia con mujeres embarazadas describía así esta sensación:

“Cuando estás pensando en esto no estás pensando en otra cosa, entonces a nivel personal es tranquilizador. Me relaja muchísimo el pasar la yema de los dedos... ¿a vosotras no os pasa?”

Esta atención al cuerpo es también importante desde el punto de vista de género, si tenemos en cuenta la presión a la que es sometido el cuerpo de la mujer, debido a las altas expectativas respecto a la imagen social, así como de las intervenciones médicas sufridas durante todo el proceso del embarazo y el parto. Es habitual que las mujeres tengan dificultades en su relación con su propio cuerpo, así como con su pareja, desde una altísima autoexigencia, hasta un cierto rechazo y desconocimiento de las posibilidades de su cuerpo maternal para la gestación, el parto, la lactancia y la crianza. Todo esto suele conllevar conflictos con el propio cuerpo, miedos al parto, o dificultades durante el postparto con la lactancia, el maternaje o la sexualidad.

La atención específica al cuerpo, así como la incorporación de propuestas de movimiento y expresión corporal, tal y como afirma la arteterapeuta Tania Ugena (2016) son muy beneficiosas, pues otorgan la oportunidad de explorar en profundidad los cambios producidos durante el embarazo y liberar las tensiones que la experiencia social de la maternidad imprime sobre el cuerpo de las mujeres.

4.II. Empoderamiento

Esta mirada de género durante los talleres de arteterapia tiene como fin el empoderamiento de las mujeres a través del fortalecimiento de la autoestima (Hauser Dacer, 2012, 2016). A través de la creación y de la experiencia compartida se produce una reelaboración de las creencias y mitos asociados a la maternidad. Se produce un proceso de toma de conciencia y mayor contacto con el interior, y un cuestionamiento de la información y presiones venidas del exterior, del contexto social. En esta vuelta hacia el interior es frecuente que exista una toma de decisiones, un contacto con una fortaleza y convicción interna que ponen en marcha un proceso de cambio hacia una mayor autonomía. Este proceso se ve ejemplificado por la verbalización de una de

las participantes en el taller de arteterapia, tras haber entrado en conexión con su útero mientras danzaba con música relajante y exploraba con la arcilla en el taller (Ver figura 2).



Figura 2.

“Yo cuando no tenía forma intentaba no pensar en nada, pero me venía el futuro a mi cabeza, porque siempre yo viví, no el día a día, pero el futuro no mucho, quizás por eso de que estoy sola, con mi pareja, y vivíamos a nuestra bola como dicen, y ahora me obligo a pensar en el futuro, y a la vez, yo creo que no tengo que pensar tanto en el futuro, sino que conectarme más con ella, porque estoy preocupada, que si la ropa, la casa... Y entonces creo que no conecto con ella lo suficiente, como he visto en la canción tranquila, que me toqué el útero, y sentí que conecté con ella, y que no estoy

haciendo mucho, y el bien que me hace. Desconectar del mundo y conectar más con ella. Y entonces hice un corazón y es lo que creo que... Yo creo que ya he estado demasiado tiempo fuera de mí misma, y ahora necesito conectar más con ella, aunque la verdad yo hablo con ella y le toco, pero esta conexión que he tenido ahora, que no son palabras, que es sentimiento, yo creo que es... menos mal que aún tengo tiempo, que me faltan dos meses, y ha sido muy positiva la experiencia, la verdad es que me gustó muchísimo... (...) Y hace falta, tienes que conectar contigo misma, y el mundo no te permite, el trabajo, el estrés, ahora el embarazo... Yo siempre estaba pensando fuera, y ahora voy a hacer hacia adentro, lo necesito, y ella también lo necesita.”

4.12. Resiliencia

De manera paralela al empoderamiento, podemos observar cómo el proceso de creación compartido es capaz de promover la resiliencia. Ésta, comprendida como la capacidad para salir adelante ante circunstancias adversas, es clave en el proceso de la crianza, para la superación de los retos que toda la maternidad conlleva. Actitudes como la flexibilidad, la adaptación, o la creatividad están muy asociadas con la resiliencia y se ven fortalecidas durante las sesiones de arteterapia, en el proceso de negociación con los materiales y con la propia creación. La experiencia de enfrentarse a la hoja en blanco, a la incertidumbre de la obra, de la que nunca sabemos cuál será su resultado final; las frustraciones producidas por los fracasos, los errores, y la búsqueda constante de soluciones y los descubrimientos que otorga la creatividad, son todas ellas experiencias que promueven el desarrollo de recursos personales. El propio grupo se convierte también en un factor de resiliencia, al ser fuente de apoyo y ofrecer un sostén incondicional. En este proceso es frecuente que las personas descubran en sí mismas habilidades y capacidades que no sabían que tenían, creciendo por tanto su confianza en sí mismas.

Por otro lado, tal y como sostiene Grosser Villar (2007) acerca de su experiencia de arteterapia con mujeres en riesgo de exclusión social, la maternidad puede constituir en sí misma en una fuente de resiliencia. Resulta sorprendente cómo, a pesar de las dificultades y las vivencias de trauma y desestructuración que en ocasiones viven estas mujeres, es posible encontrar una fuente de fortaleza interna en la vivencia de la maternidad, la cual aporta un sentido y la creatividad necesaria para superar todos los obstáculos.

4.13. El potencial de transformación social de la creación colectiva

Es importante también resaltar el potencial de transformación de la creación colectiva, tal y como sostienen (Potash & Ho, 2011), quienes describe la capacidad del arteterapeuta y del dispositivo arteterapéutico para generar espacios de construcción comunitaria, y por lo tanto de justicia social. La experiencia de creación compartida entre mujeres en la misma situación y la posibilidad de escuchar distintas vivencias y aprender de los distintos puntos de vista, promueven la empatía y un sentimiento de comunidad. Este proceso de construcción del tejido colectivo, más allá de la posibilidad que ofrece al individuo como matriz de apoyo, tiene la capacidad de generar experiencias de empoderamiento conducentes a la transformación social. Un ejemplo de esto es el “Brith Project” proyecto conducido en Reino Unido por Susan Hogan (2016) mediante el cual se ha trabajado a través de la creación colectiva, poniendo en comunicación a los distintos estamentos de la comunidad relacionados con el nacimiento: madres, padres, familias, matronas, y etc. Este tipo de proyectos, a través de la experiencia de creación colectiva, permiten no solo visualizar aspectos hasta ahora ocultos del nacimiento de la vida, sino que además son capaces de generar cohesión social y empatía, en un proceso de construcción de sentido y transformación colectiva.

4.14. El desarrollo de la dimensión artística personal

Por último, desde el punto de vista de la tradición de la educación por el arte, iniciada por Herbert Read (1955), el arte es una vía de educación en sí misma, ya que fomenta el crecimiento del potencial humano, de manera integral. En este sentido, los talleres de arteterapia para muchas personas suponen una primera toma de contacto con la dimensión creativa y artística personal, que todos tenemos, pero que, en muchos casos, y debido a una deficiente educación, abandonamos en la infancia. Retomar contacto con este potencial propio olvidado, más allá de su evidente relación con el proceso de creación maternal/paternal, del que ya hemos hablado anteriormente, y más allá de las posibilidades que ofrece el lenguaje artístico como vehículo de aprendizaje y reflexión, supone en sí mismo una evolución cualitativa y la apertura hacia una nueva dimensión de crecimiento personal, convirtiéndose las personas que lo experimentan en personas más plenas.

Este proceso de crecimiento y ampliación del ser suele producir a su vez una mayor sensibilidad y conciencia hacia la dimensión creativa y artística de sus hijos e hijas y de las personas a su alrededor. En definitiva, esta apertura hacia el “yo artista” propio, permite una nueva disposición hacia la potencial dimensión artística de sus criaturas, capacitándoles para el acompañamiento de su proceso de desarrollo personal, y permitiendo a su vez su desarrollo creativo de manera más completa.

5. Conclusiones

En un momento significativamente triste para la situación del arte en la educación en nuestro país, resulta sorprendente cómo éste puede aún venir a ofrecernos respuestas. La tendencia reciente de los sistemas y políticas educativas es hacia la reducción de las materias artísticas en los programas, y así vemos cómo la enseñanza de la música, las artes plásticas, la danza o el teatro poco a poco ven reducidas su presencia en las escuelas. Llama

la atención que esto suceda precisamente en un momento culturalmente caracterizado por el exceso de imágenes y la masiva influencia de los medios, y no es algo casual en nuestra sociedad posmoderna. Sin embargo, como hemos observado, el arte tiene grandes aportaciones que hacer a la educación en general, y a la educación prenatal en particular, desde el punto de vista del desarrollo del potencial humano. La experiencia nos induce a pensar que este es un camino que no sólo es posible, sino que además es deseable y necesario.

Tenemos por delante un amplio potencial por desarrollar, tanto desde el punto de vista de la pedagogía prenatal, como del arteterapia para la maternidad, y de la intersección entre ambas disciplinas. Nos encontramos en un momento en el que se trata todavía de un ámbito muy poco desarrollado, donde todo está por hacerse, y las posibilidades son amplias. En este sentido, una posible vía sería la continuación y expansión de los proyectos de intervención en los diversos ámbitos, clínico, educativo y social, donde ya existen experiencias previas que sirven de referente. Su implantación en nuevos contextos, a través de la evaluación, nos permitiría continuar con la investigación acerca de cuáles son los principios metodológicos que deben guiar este tipo de propuestas y valorar su eficacia. Una indagación más profunda acerca de ciertos aspectos de la intervención, como el desarrollo de los vínculos de apego en las sesiones de arteterapia o el apoyo a la paternidad masculina, podrían ser también caminos por explorar. En este sentido podemos tomar como referencia el recorrido ya realizado en otros países, donde nos llevan décadas de ventaja en la implantación del arteterapia en ámbitos sanitarios, educativos y sociales.

El camino no es otro que el que venimos realizando hasta ahora, un proceso desde las experiencias y motivaciones personales hacia la investigación y la profesionalización. No es casual que muchas de las personas que trabajamos en el ámbito del arteterapia, y en concreto de la maternidad, nos hayamos iniciado en este camino

a partir de una vivencia personal transformadora. En este sentido, la toma de conciencia sobre una necesidad que existe es clave. Sin embargo, los proyectos no pueden continuar desarrollándose de manera aislada y gracias a la motivación de unas pocas experiencias pioneras, sino que es preciso saltar las barreras que separan los distintos ámbitos, y entrar en el terreno de la transdisciplinariedad. Encontrar los puentes entre disciplinas, así como la colaboración entre profesionales y áreas parece que es el camino hacia el cual convergen nuestros esfuerzos e intereses. Con esta finalidad, podría ser útil la realización de programas de sensibilización y formación para profesionales vinculados con la etapa prenatal, a partir de los cuales podría profundizarse en el trabajo comunitario. El arte, como hemos visto, es una vía idónea para el despertar de la sensibilidad y la conciencia, además que es una natural generadora de vínculos y experiencias que nos conectan con la vida y nos hacen cuestionarnos, como decía Anna Freijomil (2016), ¿de qué manera nos vinculamos con la vida?

6. Referencias

- Barudy, J., Dantagnan, M., Comas, E., & Vergara, M. (2014). *La inteligencia maternal*. Barcelona: Gedisa.
- Comité de Ministros a los Estados Miembros. (2006). Recomendación Rec 19. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/parentalidadPos2012/docs/informeRecomendacion.pdf>
- Demecs, I. P., Fenwick, J., & Gamble, J. (2011). Women's experiences of attending a creative arts program during their pregnancy. *Women and Birth*, 24 (3), 112-121.
- FEAPA. (2017). Federación Española de Asociaciones Profesionales de Arteterapia. ¿Quiénes somos? Recuperado de <http://feapa.es/feapa/>
- Fernández Bocanegra, J. J. (2012). *La maternidad, Un proceso de creación en el espacio terapéutico: el estudio de un caso* (Trabajo de Fin de Máster). Universidad de Valladolid.

- Freijomil Reverter, A. (2016). Arteterapia y musicoterapia en la etapa prenatal, paternidad, maternidad y post-parto. Recursos creativos para profesionales que les acompañan/Art therapy and music therapy in the prenatal period, paternity, maternity and postpartum. resources for creative professionals accompany them. *Papeles de Arteterapia y Educacion Artística para la Inclusión Social*, 11, 163.
- García Pradas, N. (2013). *El vínculo en un taller de arteterapia con mujeres embarazadas* (Trabajo de Fin de Máster). Universidad de Valladolid.
- Grosser Villar, H. (2007). *El embarazo como un renacer. Una intervención de Arte Terapia en una mujer embarazada víctima de violencia intrafamiliar* (Proyecto Final para Optar al Curso de Especialización de Postítulo en Terapias de Arte, Mención Arte Terapia). Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Hauser Dacer, J. (2012). *Arteterapia con enfoque de género: Encuentros creativos con mujeres vulneradas y excluidas en la Comunidad de Madrid* (Tesis doctoral.). Universidad Autónoma de Madrid.
- Hauser Dacer, J. (2016). Embarazo y Maternidad, las Desigualdades de Género y los Aportes del Arteterapia. *Papeles de Arteterapia y Educacion Artística para la Inclusión Social*, 11, 151-161.
- Herrán Gascón, A. (2015). Educación prenatal y Pedagogía prenatal. *Revista Iberoamericana de Educación*, 69 (1), 9-38. Recuperado de <http://rieoei.org/deloslectores/7195.pdf>
- Hervás Hermida, L. (En prensa.). Arteterapia para la maternidad, una vía de educación prenatal y de apoyo a la parentalidad positiva. *Enseñanza & Teaching: Revista Interuniversitaria de didáctica*.
- Hervás Hermida, L. (En prensa). ¿Cómo debe ser una intervención de arteterapia para la maternidad y la familia? Una consulta a arteterapeutas. *Actas del III Congreso de Nacional de Arteterapia FEAPA. Universidad de Murcia. 2017.*
- Hervás Hermida, L. (2014). *Arteterapia para la maternidad*. (Trabajo de Fin de Máster). Universidad Autónoma de Madrid.

- Hervás Hermida, L. (2016). Explorando el cuerpo en el taller de arteterapia en familia. Una mirada desde el arte hacia la maternidad, la cuestión de género y la parentalidad positiva. En *Actas de las I Jornadas El cuerpo como Medida*. (pp. 68-81). Universidad Rey Juan Carlos. Recuperado de <https://eficiencia.urjc.es/bitstream/handle/10115/14461/elcuerpocomomedida2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hervás Hermida, L. (2016). Arteterapia para la maternidad y la familia. Una vía de apoyo a la parentalidad positiva. *Papeles de Arteterapia y Educacion Artística para la Inclusión Social* (11), 131.
- Hocking, K. L. (2007). Artistic narratives of self-concept during pregnancy. *The Arts in Psychotherapy*, 34 (2), 163-178.
- Hogan, S. (2016). The Birth Project: Using the Arts to explore birth. Interim report. Recuperado de <http://derby.openrepository.com/derby/handle/10545/621116>
- Hurtado Fernández, M., Cuadrado Nicoli, S., & de la Herrán Gascón, A. (2015). Hacia una Pedagogía Prenatal. Una propuesta educativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, 67 (1), 151-168. Recuperado de <http://rieoei.org/deloslectores/6809Hurtado.pdf>
- Kerr, C., Hoshino, J., Sutherland, J., Parashak, S. T., & McCarley, L. L. (2011). *Family art therapy: Foundations of theory and practice*. New York: Routledge.
- Martín-Quintana, J. C., Máiquez Chaves, M., Rodrigo López, M., Byme, S., Rodríguez Ruiz, B., & Rodríguez Suárez, G. (2009). Programas de educación parental. *Intervención psicosocial*, 18 (2), 121-133.
- Oiberman, A. (2004). Historia de las madres en occidente; repensar la maternidad. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 5, 115-130.
- Potash, J., & Ho, R. T. (2011). Drawing involves caring: Fostering relationship building through art therapy for social change. *Art Therapy*, 28 (2), 74-81.

- Proulx, L. (2003). *Strengthening emotional ties through parent-child-dyad art therapy: Interventions with infants and preschoolers*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Read, H. (1955). *Educación por el arte*. Barcelona: Paidós.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua de la Real Academia Española*. (23.a ed., Vol. Versión online.). Recuperado de <http://dle.rae.es/?w=diccionario>
- Riley, S., & Malchiodi, C. A. (2003). Family art therapy. En *Handbook of art therapy*. New York: Guilford Press.
- Stern, D. (1983). *La primera relación: madre-hijo* (Vol. 1). Madrid: Morata.
- Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern, N., & Freeland, A. (1999). *El nacimiento de una madre: cómo la experiencia de la maternidad te hará cambiar para siempre*. Barcelona: Paidós.
- Swan-Foster, N. (1989). Images of pregnant women: Art therapy as a tool for transformation. *The Arts in psychotherapy*, 16 (4), 283-292.
- Swan-Foster, N., Foster, S., & Dorsey, A. (2003). The use of the human figure drawing with pregnant women. *Journal of reproductive and Infant Psychology*, 21 (4), 293-307.
- Ugena Candel, T. (2016). Cuerpo y Maternidad. Una mirada arteterapéutica. *Papeles de Arteterapia y Educacion Artística para la Inclusión Social* (11), 185-191.

APUNTES PARA LA FORMACIÓN DE UN EDUCADOR SENSIBLE A SU BIOGRAFÍA PRENATAL

Resumen

1. Introducción
2. El ser humano integral
 - 2.1. La biografía de cada persona empieza con su concepción
 - 2.2. Guardamos memoria de nuestro primer día de vida
 - 2.3. El ser humano es un proceso en el tiempo
 - 2.4. El modelo integral del desarrollo temprano
 - 2.5. Ambiente ¿armónico o violento?: crecer versus protegerse
 - 2.6. La necesidad de comprender el dolor del bebé prenatal
3. Shock y trauma prenatal y perinatal
 - 3.1. El periodo crítico de la organogénesis
 - 3.2. Shock y trauma en la preconcepción y concepción
 - 3.3. Shock y trauma en la anidación y durante la gestación
 - 3.4. Shock y trauma en el nacimiento y alrededores
 - 3.5. ¿Se basa el actual modelo de desarrollo infantil en niños sanos o en niños traumatizados?
4. Ejemplos de huellas antes de nacer
 - 4.1. No a la vida
 - 4.2. Sí a la vida condicionado
 - 4.3. Sí a la vida con obstáculos
5. Ejemplos de huellas durante y alrededor del nacimiento
6. Necesidades básicas del bebé prenatal y perinatal
7. Autoconocimiento
 - 7.1. El poder del amor
 - 7.2. Terapia
 - 7.3. La naturaleza del embarazo y el parto como modelo
 - 7.4. Formación
 - 7.5. La dimensión espiritual
8. Conclusiones
9. Referencias

APUNTES PARA LA FORMACIÓN DE UN EDUCADOR SENSIBLE A SU BIOGRAFÍA PRENATAL

Lidia Estany Estany

Resumen

La biografía de cada persona empieza con la concepción. Guardamos memoria de nuestro primer día de vida y, desde entonces, seguimos siendo el mismo Ser que piensa, siente y hace, porque el ser humano es un proceso en el tiempo en continua transformación exhibiendo comportamiento humano desde el principio. Las circunstancias que envuelven nuestra vida intrauterina y nuestro nacimiento configuran la estructura básica de nuestra personalidad, limitando la expresión de nuestro Ser o ayudándolo a crecer. Dado que el autoconocimiento lleva tarde o temprano a la raíz prenatal de la persona y que los primeros educadores son los padres, es imprescindible que todo educador no solamente haya sido instruido en la importancia del periodo prenatal, sino que haya podido transitar él mismo por sus propias memorias tempranas lo suficientemente como para poder acompañar a otros en su verdadero crecimiento. El presente artículo aporta principalmente conocimientos de embriología fenomenológica, bioética y del campo de la sanación del shock y trauma prenatal y perinatal en adultos y especialmente en bebés, niños y familias, con el deseo que pueda ser un puente entre el mundo terapéutico y el educativo. Asimismo, puede sumar esfuerzos en la emergencia de una futura sociedad nutridora, que preserve la salud y la libertad de cada nuevo ser humano desde su inicio, cuidando su bienvenida concepcional y acompañando su desarrollo integral durante su gestación y su nacimiento así como durante toda su vida según las necesidades específicas de cada etapa evolutiva. La Pedagogía Prenatal podría tener un

papel capital en vehicular ese cambio social con la formación de educadores holísticos que pudieran desempeñar la Educación Prenatal.

Palabras clave

Pedagogía prenatal, educación, formación, consciencia, shock, autoconocimiento, transformación.

I. Introducción

Inmersos en una profunda crisis mundial de desconexión con los valores humanos fundamentales es necesario encontrar un punto de apoyo común para reunir mentes, corazones y acciones hacia una misma dirección.

Hace décadas que se está produciendo un verdadero cambio de paradigma en la psicología reconociendo que el origen de muchas problemáticas no radica en la infancia sino en las primeras experiencias prenatales de las personas. Estos avances se quedan mayoritariamente sólo dentro de ciertos ámbitos terapéuticos y no llegan a otros campos afines como por ejemplo el de la educación, y mucho menos al gran público. Falta que toda la sociedad despierte a la consciencia humana antes de nacer. Y la mejor manera para conseguirlo es que cada uno descubra, desde dentro, cómo sus propias experiencias prenatales le han afectado en su vida.

2. El ser humano integral

2.1. La biografía de cada persona empieza con su concepción

Cada cigoto humano se desarrolla como hombre y no a hombre

(Dra. Natalia López Moratalla, 2010: 139)

Los seres humanos iniciamos nuestro camino vital en nuestra concepción, en la unión del óvulo y el espermatozoide. A partir de entonces ya no se puede hablar de “futuros padres” o de “futuro bebé”, puesto que se es padre o madre desde la misma concepción del hijo o de la hija, y un hijo y una hija ya lo son desde cuando son concebidos; ahí ya están vinculados a papá y a mamá para siempre. Por ello la educación prenatal debería recibirse antes de la vida en pareja y antes de tener las primeras relaciones sexuales; hay en juego la salud de las futuras generaciones y el bienestar de toda la sociedad.

2.2. Guardamos memoria de nuestro primer día de vida

El cigoto es un viviente y no simplemente una célula viva.

(Dra. Natalia López Moratalla, 2007: 37)

La investigación con células madre adultas ha demostrado que el núcleo de cada célula de nuestro cuerpo mantiene toda la información del cigoto que fuimos. Y en ese primer día de vida ya se desarrolla un diálogo molecular entre madre e hijo iniciándose el vínculo de apego afectivo-emocional que se potencia aún más con el parto y la lactancia (Moratalla, 2010; Moratalla & Sueiro, 2011).

2.3. El ser humano es un proceso en el tiempo

Desde la concepción hasta el nacimiento, desde el nacimiento hasta la muerte la biografía humana es una entidad orgánica, una totalidad.

(Dr. Jaap van der Wal, 2014: 34)

El Dr. Jaap van der Wal (2014), desde la embriología fenomenológica afirma que la unidad de la vida no es la célula o la partícula, sino el organismo. Como cigoto no somos una simple célula sino un organismo unicelular que se va a organizar en células y mediante éstas en órganos y tejidos y no al revés. El ser humano está en permanente proceso de transformación: desde cigoto, embrión, feto, recién nacido, infante, adolescente, joven, adulto a anciano; cambia la apariencia pero el ser esencial, el sujeto que se comporta y evoluciona, es el mismo.

En el organismo embriológico forma y función son uno y están unificadas. El embrión funciona holísticamente, creciendo y cambiando de forma y contorno. Es un proceso en movimiento. El embrión realiza o exhibe gestos y movimientos; su Ser (o su Devenir) cambiante y en crecimiento realiza acciones. Esto significa que el embrión (en crecimiento) exhibe una conducta. (Van der Wal, 2014: 36)

La ciencia establecida considera que las funciones del cerebro y del sistema nervioso central son el origen y causa de la conducta y de la psique humanas, viendo en el embrión sólo genes, células, tejidos y procesos biológicos y bioquímicos, pero no a un ser consciente por carecer de un cerebro completamente desarrollado. Pero:

En la realidad del cuerpo que vives, mente y cuerpo, espíritu y materia, nunca se separan. Establecer una separación entre la mente y el cuerpo, el espíritu y la materia, como una reducción metodológica y práctica, es un paso en general aceptable. Pero negar sistemáticamente la realidad de la mente y concebir que esta es una ilusión creada por un órgano del mismo cuerpo (el cerebro) resulta un accidente filosófico intolerable y fatal, una reducción de nuestra realidad. (Van der Wal, 2014: 10)

La embriología de la conducta afirma que el ser humano se manifiesta, en primer lugar, mediante gestos de crecimiento y movimientos morfológicos; después, mediante procesos fisiológicos; y finalmente, mediante comportamientos y gestos psicológicos. De esta manera podemos observar algunos gestos fundamentales que exhibimos cuando somos embrión: la capacidad de conectarse con el mundo y la de separarse de él; el gesto de erguirse, de encontrar el equilibrio, de centrarse; la cualidad transcendental de hacerse grande, crecer, expandirse; la capacidad de autoorganizarse; el propósito de emanciparse, independizarse, tener autonomía, que más tarde se observará más claramente en el nacimiento fisiológico, y años más tarde la emancipación se realizará en un nivel psicológico; así como también las conductas gestuales de comunicar, dialogar, cooperar, intercambiar, ver y no ver, ascender y descender, hacer consciente y hacer inconsciente, etc. (Van der Wal, 2014).

2.4. El modelo integral del desarrollo temprano

*La conciencia es el principio organizador
de la experiencia humana.*

(Dra. Wendy Anne McCarty, 2008: 124)

La Dra. Wendy Anne McCarty (2004), presidenta fundadora del programa de Psicología Prenatal y Perinatal en el Santa Barbara Graduate Institute y cofundadora con Ray Castellino de la clínica no lucrativa BEBA (Building and Enhancing Bonding and Attachment) para el trabajo precursor de resolución del shock y trauma prenatal y perinatal con bebés, niños y familias, propone un modelo integral del desarrollo temprano. Según McCarty, para el modelo convencional del desarrollo temprano el bebé se fusiona con la experiencia de la madre y con el ambiente físico, por lo que no puede tener sentido de identidad. Según esta perspectiva, al creer que la conciencia no surge hasta el desarrollo del cerebro, no es hasta entonces cuando el infante podrá ir paulatinamente separándose de su madre y del ambiente y desarrollar un sentido de ser. Desde este modelo, los bebés en el útero y hasta los primeros meses de vida son considerados “incapaces de reflexionar, de tener un sentido de existencia, tener un entendimiento significativo del lenguaje o poder comunicarse conscientemente” (McCarty, 2004: xvi).

Durante las últimas tres décadas, una perspectiva bastante distinta del desarrollo y las habilidades ha aflorado a partir de las investigaciones clínicas en el campo de la psicología prenatal y perinatal, trazando un mapa de la experiencia en el desarrollo inicial desde el punto de vista del bebé. Esta posición da pie a una perspectiva bastante diferente del Ser durante la vida en el útero y la primera infancia. Los hallazgos de la psicología prenatal y perinatal sugieren que somos seres conscientes y sensibles desde el inicio de la vida (...). (McCarty, 2004: xvi)

El Dr. William Emerson (2003), pionero mundialmente reconocido en este terreno, señala que se está produciendo una verdadera revolución en la psicología:

Los orígenes de las heridas empiezan no en la infancia sino a partir de los primeros momentos de nuestra existencia. (...) Este cambio de paradigma no sólo significa que podemos ser heridos antes de lo que pensábamos. También significa que podemos ser sanados antes de lo que creíamos. (Emerson et al., 2003: 12)

2.5. Ambiente ¿armónico o violento?: crecer versus protegerse

*Para el niño en crecimiento, el sensible aliento de un maestro
es tan importante como un almuerzo caliente.
¿Qué yergue más la espalda, la leche vitaminada o la autoestima?*
(Deepak Chopra, 2006: 202)

El biólogo celular Bruce Lipton (2007) a raíz de sus investigaciones sobre la epigenética y descubrir que los genes están controlados por una respuesta al ambiente, destaca la cualidad de las células de adaptarse en el lugar donde viven: si el entorno es agresivo para la célula, ésta se cierra y se autoprotege, en cambio si el medio que rodea a la célula es nutritivo y benévolo, ésta se abre y crece. Lipton lo traslada al ser humano antes de nacer y plantea que si el ambiente que rodea al bebé es un entorno de amor, éste crece y se expande, en cambio si el entorno es agresivo, el bebé siente miedo y se cierra para protegerse funcionando en modo supervivencia.

2.6. La necesidad de comprender el dolor del bebé prenatal

*No es al niño a quien hay que preparar, sino a nosotros mismos.
Son "nuestros" ojos los que tenemos que abrir.
Es "nuestra" ceguera, la que tiene que desaparecer.*
(Dr. Frédérick Leboyer, 2008: 55)

En el siglo XX se pasó de realizar operaciones sin anestesia a recién nacidos porque se consideraban seres "demasiado primitivos" para poder sentir dolor -saliendo a la luz años más tarde la ocultación de que la causa de la muerte de muchos de esos bebés era la brutal intervención recibida- (Chamberlain,

1998), a determinar que es a partir de las 20 semanas después de la fertilización cuando un bebé en el útero puede empezar a sentir dolor. Según mejora la tecnología, se establece una frontera más temprana para el inicio del dolor. No obstante, la ciencia sigue ignorando que el ser humano es consciente y sensible desde la concepción.

3. Shock y trauma prenatal y perinatal

*Todos vibramos por resonancia con la nota recordada
de nuestras heridas más tempranas.*

(Emerson et al., 2003: 10)

Todo lo que vive el bebé en su fase intrauterina y durante su nacimiento lo forma de una manera muy profunda, limitando la expresión de su Ser o ayudándole a crecer. Cualquier acontecimiento temprano que sobrepasa o agobia al individuo a cualquier nivel: físico, emocional, psicológico y espiritual puede imprimir en él un shock. A menos que se resuelva, el shock sufrido tendrá un impacto global en la vida del bebé y marcará su personalidad y guión de vida, viéndose reducida drásticamente la cantidad y la calidad de la vinculación del bebé con sus progenitores (Emerson et al., 2003; Castellino, 2001; Blasco, 2003; Imbert, 2004; McCarty, 2008; Mines, 2007; Barcelo, 2014).

La impronta del shock y del trauma se graba en nosotros e interrumpe nuestro acceso al sentido del yo, al desarrollo psicológico y de las capacidades de aprendizaje, al funcionamiento motor y sensorial, a las funciones orgánicas y autónomas, a la propiocepción, al equilibrio, a la función de coordinación y a la integridad estructural. La resolución de las improntas de shock pre y perinatales tiene lugar cuando la huella de shock se transforma, permitiendo a la persona el acceso ininterrumpido a su ser fundamental y al funcionamiento integrado de su organismo. (Castellino, 2001: 11)

El shock comienza cuando nos vemos amenazados por una experiencia tan impresionante que nuestro cuerpo o nuestra mente se sienten abrumados. Para evaluar un shock podemos observar la cantidad y calidad de los recursos que dispone la

persona: a menos recursos, mayor será el impacto que ejerzan las experiencias conflictivas. Resulta que es en el periodo prenatal donde menos cantidad de recursos disponemos, por lo que tenemos más probabilidades de vernos desbordados por circunstancias adversas (Mines, 2006).

3.1. El periodo crítico de la organogénesis

Los factores emocionales afectan la formación de los sistemas físicos.

(Emerson et al., 2003: 84)

Las primeras 8 semanas de vida cobran especial importancia para la salud e integridad de la persona ya que todos los errores congénitos y las carencias de órganos se producen durante el periodo embrionario (Van der Wal, 2014).

Los traumas o la tensión vividos por el bebé intrauterino en total soledad van a obstaculizar el proceso de desarrollo físico y a dejar como rastros a largo plazo predisposiciones a la enfermedad. Un principio muy aceptado es que el impacto de un trauma durante este periodo se incorpora a los sistemas fisiológicos del cuerpo y a los órganos que están en un periodo crítico de desarrollo justo en el momento cuando se produce el shock (Emerson et al., 2003).

3.2. Shock y trauma en la preconcepción y concepción

Las circunstancias físicas o psíquicas que envuelven todo el proceso de génesis y maduración del óvulo y espermatozoide -remontándose a las células germinales primordiales embrionarias y éstas, al cigoto de la madre y el del padre-, modulan las dinámicas naturales de la atracción preconcepción y de la concepción. Especialmente incidirán en el crecimiento espiritual y el sexual de la persona, en cómo percibe a los hombres y a las mujeres, cómo se relaciona ella misma y expresa sus energías masculina y femenina internas y la relación con su cuerpo.

3.3. Shock y trauma en la anidación y durante la gestación

Vivencias tremendamente impactantes para el bebé como no ser bienvenido, sufrir un intento de aborto, la muerte del gemelo, vivir en un útero tóxico o ser manipulado con las técnicas de reproducción asistida, entre otras experiencias, van a configurar el guion de vida particular de esa persona haciendo que reviva inconscientemente con otras circunstancias sus dolorosos sentimientos prenatales no resueltos como desamparo, abandono, soledad, rechazo, falta de recursos, etc.

3.4. Shock y trauma en el nacimiento y alrededores

El nacimiento es el momento de salir a la luz del mundo, donde el bebé y sus padres podrán encontrar sus miradas y sus cuerpos. Miedo a no ser bien recibido, no gustar, ser criticado, ser ridiculizado, ser juzgado, ser maltratado, etc., pueden indicar traumas durante el periodo perinatal.

En algunas personas las memorias prenatales y perinatales irrumpen espontáneamente en forma de “emergencias espirituales”, fuertes crisis transformativas con enorme potencial curativo (Singer, 2004; Grof & Grof, 2006; Grof, 2008).

Durante un parto se pueden reactivar y amplificar las memorias prenatales del propio bebé (Emerson, 2001; Imbert, 2004; McCarty, 2008), pero también, con más o menos intensidad, las propias memorias de la madre dificultando así el desarrollo natural del parto, incluso las memorias del padre, de la comadrona, del obstetra y de toda persona que esté presente en ese nacimiento y tenga un trauma prenatal o perinatal importante no resuelto (Minet, 2003).

3.5. ¿Se basa el actual modelo de desarrollo infantil en niños sanos o en niños traumatizados?

Pioneros en la resolución del shock y trauma prenatal y perinatal en bebés y niños alzan su voz alertando de que los bebés presentan muchos síntomas que tanto los padres como los médicos consideran normales pero que, en realidad, son síntomas que se corresponden con el trauma del nacimiento o de hechos traumáticos de su vida intrauterina, por lo que el actual modelo de desarrollo infantil estaría basado realmente en poblaciones traumatizadas y no en poblaciones no-traumatizadas o que hubieran resuelto el trauma temprano (Emerson, 2001; Castellino, 2001).

4. Ejemplos de huellas antes de nacer

*Lo ideal para el bebé es que estén presentes la intención,
el deseo y el amor en ambos padres.*

(Dra. Claude Imbert, 2004: 336)

Se propone aquí una clasificación en 3 grupos de algunas huellas tempranas en función del deseo de los padres de tener hijos o no y de las circunstancias implicadas: No a la vida, Sí a la vida condicionado y Sí a la vida con obstáculos:

4.1. No a la vida

El primer grupo aglutina las personas con la impronta producida cuando los progenitores (los 2 o uno de los 2) no quieren tener descendencia. Estas personas se ven en el fondo enfrentadas a una fuerte disyuntiva: sentir su propia fuerza de vida desplegándose y fluir con ella y al mismo tiempo tener que protegerse y luchar contra un destructivo “NO” de sus padres. Este rechazo hace referencia a la primera reacción de los padres,

ya que suele suceder que si éstos no abortan y acaban, con el tiempo, aceptando tener al hijo, no se dan cuenta de que ese “no” inicial ha dejado una profunda herida que necesita ser atendida cuanto antes.

Algunos de los motivos del rechazo pueden ser los siguientes:

- a. Venir al mundo por accidente, sin ser esperado. Como el ejemplo que sigue, un fragmento de la historia de Tomi, un niño de 6 años que es llevado a terapia a causa de repetidos problemas en la escuela:

Utilizando mis objetos de apoyo, lo invité a jugar. Nos puso a mamá y a mí detrás de un sillón formando una pared y a su papá al otro lado del cuarto, en cuatro patas. A medida que creaba el juego se emocionaba más y más. Montaba a su papá y atacaba el fuerte, derribando el muro y luego todos nos echábamos al suelo. Le encantaba y lo hacíamos una y otra vez. Cuando atacaba el fuerte por última vez, triunfante agregó: “Listos o no, ¡ahí vamos!” ¿Qué significaba la historia? Yo sabía que tenía problemas en la escuela. La maestra le pedía que hiciera una tarea y él ni siquiera trataba de hacerla, incluso aunque fuera capaz. Había algo en cuanto a inicios o un problema acerca de las órdenes en la escuela. Durante la sesión pregunté a sus padres sobre la concepción de Tomi: el comienzo. Hicieron una pausa y luego abrieron grande los ojos. El bebé había sido concebido a pesar de que habían estado usando un diafragma porque no querían otro hijo (“listos o no, ¡aquí voy!”). El niño había representado la historia de su concepción. (...). (McCarty, 2008: 14)

- b. Ser fruto de una violación.
- c. Llegar a la vida de la pareja demasiado pronto.
- d. Llegar a la vida de la pareja demasiado tarde.
- e. Sufrir un intento de aborto provocado, o como en el siguiente caso, soportar las dudas de los padres sobre si abortar o no:

Mike, que tenía 4 años, estaba todo el tiempo pateando, golpeando con las manos o tirándole el pelo a las niñas que tenía alrededor. Los padres de Mike parecían estar haciendo todo lo que debían para ayudar a su hijo, pero su conducta continuaba.

Por último, en terapia, se lo hizo regresar a su primer trimestre de vida. Volvió a experimentar las peleas intensas de sus padres sobre si debían o no abortarlo. Mike dibujaba a su padre y a su madre “tratando de matarse” entre sí. Sus padres reconocieron que su descubrimiento de Mike había sido la única época, de una relación por otro lado siempre armoniosa, cuando habían tenido peleas. (...) A medida que recibió tratamiento y resolvió sus sentimientos con respecto a las peleas de sus padres, (...) fue cambiando su comportamiento; dejó de atacar a los otros niños. (Emerson et al., 2003: 83)

4.2. Sí a la vida condicionado

El segundo grupo lo forman las experiencias de ser deseado por los padres pero de manera condicionada, por lo que la persona ve bloqueada alguna parte de su Ser y no puede desarrollarse de manera integral. Al recibir un amor incompleto de sus progenitores, el bebé obtiene el mensaje de que el amor es condicional, y por ejemplo se podrá encontrar más tarde en su vida donde la gente lo va a querer pero “con condiciones”, restringiendo su libertad y privándole de ser él mismo. Algunas circunstancias pueden ser:

- a. Preferencia de sexo: cuando el bebé es del sexo contrario al que desean los padres.
- b. Sentirse como un instrumento, cuando uno de los progenitores utiliza al hijo para manipular al otro y fidelizar o iniciar una relación de pareja, cuando el hijo es utilizado para agradar al entorno familiar, o cuando reemplaza inconscientemente a otro miembro de la familia fallecido..

Hemos tenido el caso de una madre que pensó que si tenía otro hijo podría “continuar la personalidad de su marido”. Para complicar más las cosas, le dijo a su marido: “se va a llamar como tú”. De este modo el hijo, que fue una chica, se llamó como su padre, con lo que no sólo se le produjeron problemas con la identidad sexual, sino que formó la idea de que “no me quieren por mí misma”. Tenía la sensación de que su concepción había sido una manipulación. (Mandel & Ray, 2000: 194)

- c. Conflictos intrapsíquicos maternos: miedos, depresión, enfermedad, estrés...

- d. Útero tóxico: cuando la madre abusa de alcohol, tabaco, drogas, medicamentos..., o vive en un ambiente también tóxico.

4.3. Sí a la vida con obstáculos

El tercer grupo reúne las experiencias de las personas que sí son deseadas por sus padres pero que sufren circunstancias adversas como pueden ser:

- a. Problemas de la pareja: sexuales, afectivos, económicos, con las familias de origen...
- b. Útero encantado: cuando hubieron abortos espontáneos o provocados anteriores y no se realizó el duelo adecuado.
- c. Sucesos inesperados y contexto social: mudanzas, cambios de trabajo, desastres naturales, guerras, hambruna...
- d. Técnicas de Reproducción Asistida: van a afectar a la ecología de la preconcepción, concepción y de la anidación, como mínimo, pero también la de la gestación y del nacimiento, si se trata de maternidad subrogada, y la de la crianza, si se trata de homoparentalidad o monoparentalidad.

El grado de consciencia que un niño tiene en el momento de su concepción, se ejemplifica en dos niños de diferentes familias. Aun cuando los síntomas más evidentes eran los problemas interpersonales, descubrí que en ambos casos los niños estaban obsesionados de manera irracional con la temperatura. Uno de los niños estaba intensamente interesado en el frío. Solamente podía hablar de ir a vivir en Alaska, como si ése fuera el único lugar seguro y significativo en la tierra. Toda una pared de su habitación estaba cubierta con fotografías de montañas cubiertas de hielos eternos. El otro niño experimentaba un rechazo del frío. Todo el tiempo se sentía frío y no podía entrar en calor. Solamente podía hablar de irse a vivir en un medio tropical. Como averigüé con el tiempo, estos dos niños

provenían de embriones congelados. El primero, recapitulaba de manera directa su experiencia, buscando el frío todo el tiempo. El otro recapitulaba su experiencia de manera negativa, buscando todo el tiempo el calor. En ambos casos, la experiencia de haber estado congelados había afectado la confianza de estos niños en sus padres y esa desconfianza se ponía de manifiesto en los conflictos familiares. Después de algunas pocas sesiones de tratamiento, durante las cuales los niños contaban cómo era eso de estar congelados, en cada caso los niños fueron perdiendo su obsesión con la temperatura. Al mismo tiempo, disminuyeron los conflictos familiares. (Emerson et al., 2003: 66)

- e. Muerte del gemelo o mellizo: Los gemelos de útero sobrevivientes repiten simbólicamente en su biografía la escena de la vida y la muerte de su gemelo de útero, pero una vez el guion prenatal se aclara, la repetición tiende a disminuir o cesar por completo liberando ese shock. Soledad, miedo al rechazo, culpabilidad, sensación de estar incompleto, de no ser visto, hipersensibilidad, falta de apoyo, dificultad en dejar ir, etc. son algunas características que pueden indicar que la persona no empezó su vida sola (Hayton, 2005; 2011).

Aunque el tiempo que hayan estado juntos, haya sido relativamente corto, la muerte del gemelo siempre causa un impacto profundo en el otro, como demuestra el siguiente testimonio de un hombre (51 años): Soy el más pequeño de cuatro hermanos. Cuando era niño, solía jugar a que tenía una hermana gemela. Le hablaba, le daba órdenes, me enfadaba y me reconciliaba con ella. Era mi fiel acompañante. Insistía a mis padres en que yo tenía una hermana gemela. Mis padres no entendían mi fantasía y me contestaban que había nacido solo. Hace unos años mi madre tuvo que ser operada por un problema ginecológico y le quitaron el útero. Después de la intervención el ginecólogo le dijo que había encontrado restos de un bebé momificado en su útero. Había llevado gemelos en su último embarazo, de los que uno (mi hermana) se murió. Mi juego de niño no fue una fantasía, sino la realidad en los primeros meses de mi vida prenatal. (Feenstra, 2007: 457)

5. Ejemplos de huellas durante y alrededor del nacimiento

Cuando se producen traumas en el periodo perinatal más tarde en la vida se pueden reactivar cuando la persona realice procesos de cambio, la acción de llevarlos a cabo adecuadamente y de terminarlos, el modo de relacionarse, recibir ayuda y ser recibido por los otros, etc. Por ejemplo el nacimiento por cesárea al interrumpirse el desarrollo natural por el canal del parto puede provocar que más tarde en la vida la persona tenga dificultad en terminar las cosas o de llegar hasta el final y necesite ayuda externa, así como mucha necesidad de contacto físico y abrazos (Imbert, 2004; Emerson, 2001; Verny 2003; Mandel y Ray, 2000).

Algunas circunstancias a tener en cuenta:

- a. Intervenciones obstétricas durante el nacimiento y postnatales (cesárea, fórceps, inducción, anestesia y uso de drogas, episiotomía, hormonas sintéticas, monitorización, corte del cordón y separación con la placenta y con la madre, intervenciones protocolarias al recién nacido, incubadora, etc.)

“Estaba trabajando de manera activa para poder nacer y luego me sentí suelta, sin energía, flotando en una neblina desagradable, desconectada, adormilada. A partir de ese momento, todo pareció ocurrirme sin que operara mi voluntad y mientras nacía, me sentí desorientada e inútil. Después llamé a mi mamá y ella recordó que le habían aplicado ‘un toque de éter al final’. Ésa fue una validación externa de lo que sentí cuando el éter entró en mi sistema, justo antes de nacer. (McCarty, 2008: 9)

- b. El tipo de nacimiento (adelantado, tardío, normal, prematuro, circular del cordón, parto de nalgas, etc.) podrá provocar la tendencia a hacer las cosas rápidamente, fuera de lo común, antes de tiempo, al revés, etc.

- c. Otras circunstancias perinatales (lactancia artificial, ausencia del padre, ausencia de los hermanos, elección del nombre...)

6. Necesidades básicas del bebé prenatal y perinatal

El bebé prenatal es un ser consciente y sensible que ya se está comunicando a todos los niveles aunque no seamos conscientes de ello, tanto con la madre como con el padre. Por esta razón precisa ser tratado humanamente desde el inicio y un entorno saludable que sea espejo de sus dones interiores y le ayude a anclar sus propias cualidades internas: amor incondicional, respeto, reconocimiento, comunicación, verdad, seguridad, protección, apoyo, nutrición, etc. Requiere un acompañamiento no solamente a nivel físico y emocional sino también a nivel psicológico y espiritual.

Se sabe que considerar la consciencia del bebé y sentir sincera empatía con sus sentimientos por lo que haya sufrido en su pasado son aspectos muy importantes de su curación. Se ha descubierto que al habilitar un espacio para el juego espontáneo de los infantes mediante el movimiento, con actividades y con objetos de apoyo, surgen cantidad de informaciones que cuentan simbólicamente vivencias traumáticas biográficas que pueden remontarse hasta la concepción con la intención de ser escuchadas, validadas y reconocidas por adultos compasivos y amorosos que estén abiertos a esta posibilidad de comunicación directa sin prejuicios, ya que los bebés demuestran la habilidad para comprender la comunicación verbal compleja y emprender interacciones más allá de las habilidades tradicionalmente reportadas (McCarty 2008; Castellino, 2001; Emerson et al., 2003).

Durante el primer año, grabé en video y transcribí las sesiones, registrando aspectos verbales y no verbales de la comunicación, patrones de movimiento, juegos simbólicos, interacciones padre-hijo y secuencias para poder desarrollar la habilidad de percibir lo que me mostraban, cuáles intervenciones parecían ser más efectivas y cuáles no. La integridad de los niños, la pureza de sus expresiones y sus respuestas viscerales, orgánicas, vistas una y otra vez, demostraron que nuestras experiencias tempranas durante la concepción, la vida prenatal, el nacimiento y el periodo neonatal son parte de nuestro ser y marcan profundamente quiénes seremos. Llegué a entender que los niños habían estado diciendo/retratando/viviendo sus historias de dichas experiencias todo el tiempo. Sólo que nosotros no teníamos un receptáculo para recibir biológicamente las experiencias tempranas por nuestra manera de conceptualizar. (McCarty, 2008: 16)

Los bebés necesitan el apoyo tanto de su padre como de su madre. Para ello es recomendable que madre y bebé tengan cada uno 2 capas de apoyo: el bebé a su madre y su padre y, la madre, a su compañero y a otra persona de soporte a la familia de manera que el padre también pueda ser apoyado (Castellino, 2010).

Lo ideal sería que los padres pudieran vivir una maternidad y paternidad conscientes, preparados ya desde antes de la concepción sin proyectar sus deseos personales en sus hijos, sin sentirse culpables, habiéndose liberado de sus propias cargas emocionales antes de formar una familia (Bertin, 2005; Imbert, 2004).

Hoy en día el auge de las Técnicas de Reproducción Asistida, propiciado, según Gonzalo Herranz con argumentos “aparentemente científicos” para “devaluar el estatus del neoconcebido durante las dos primeras semanas de su desarrollo y así absolver de culpa la inevitable pérdida y destrucción de embriones humanos ligada a la reproducción de laboratorio”(2014: 303), ha obligado a reivindicar desde la bioética el derecho a ser engendrado de manera natural y poder tener un papá y una mamá como referentes básicos masculino y femenino. Para el bebé prenatal también es violencia manipular y separar el óvulo y el espermatozoide de sus hábitats naturales y forzarlos

a unirse, impidiendo o perturbando la intimidad del acto sexual procreativo, impedir la nutrición y comunicación natural del embrión pre-anidatorio con su mamá, etc. La experimentación humana directa que representa esta tecnología ha creado un grave problema intergeneracional al menospreciar la tríada básica natural padre-madre-hijo, porque “las relaciones familiares son intrínsecas al engendrar” (Moratalla, 2012: 455).

7. Autoconocimiento

El crecimiento personal lleva tarde o temprano a la raíz prenatal. Ahí no sólo están los momentos difíciles sino también los anclajes más hermosos que vinculan a uno con los suyos, con sí mismo, con el mundo y con la espiritualidad. Recuperar el bebé que fuimos permite también conectar con el potencial embriológico generador de salud liberando las fuerzas vitales que en algún momento quedaron bloqueadas.

El viaje al propio origen sólo puede ser realizado desde dentro. “Debido a que la conciencia es ‘privada’, no podemos observarla por lo común en nadie más que en nosotros mismos” (Laszlo, 2004: 155). Esa memoria sigue ahí, en el cuerpo, en la manera de comportarse y de relacionarse y en las circunstancias. Los recuerdos se suelen disfrazar de sueños recurrentes, pensamientos, hábitos, miedos u otros fenómenos que reclaman ser comprendidos y resueltos (Chamberlain, 2002).

Nuestras heridas tempranas son en realidad nuestros dones únicos que podemos ofrecer al mundo cuando somos capaces de curarlas, entonces nos convertimos en un verdadero recurso para los demás (Mines, 2007).

7.1. El poder del amor

El amor es el principio más curativo.
(Dra. Wendy Anne McCarty, 2008: 132)

El amor es la esencia del ser humano. No “*aprendemos*” a amar; somos amor. No seremos “*capaces*” de amar si somos amados durante la vida prenatal y el nacimiento; es nuestra naturaleza amar. El amor es nuestra sustancia, nuestra materia prima. A amar no se aprende porque es nuestro don. Lo que ocurre es que si el contexto de nuestra vida prenatal y perinatal es un ambiente amoroso, si somos amados, amaremos. Pero no porque lo aprendamos, sino porque será seguro amar, será seguro ser uno mismo. Si el entorno es violento, si nos tenemos que defender (sea en la etapa primal que sea, incluso un cigoto), nos protegeremos, esconderemos nuestro Ser, quien en verdad somos, porque no será seguro amar, y lo más inteligente y sensato, será protegerse, defenderse y sobrevivir. Por eso para sanarse y para Ser se necesita un entorno de amor.

7.2. Terapia

Hace falta tener un apoyo realmente competente.
(Ray Castellino, 2010: 61)

Prestigiosos profesionales de la sanación del periodo prenatal y perinatal, aunque desde enfoques muy distintos, llegan a las mismas conclusiones: no importa tanto el método con el que se ayuda, sino la calidad del terapeuta como persona y su nivel de sensibilidad y capacidad de sentir compasión y amor auténtico. Y para ello se necesita no sólo buena instrucción sino la vivencia en carne propia, generadora de empatía, transparencia y actitud humilde de permanente transformación.

El éxito de una determinada terapia no depende tanto de la técnica utilizada por el terapeuta ni del contenido de las interpretaciones verbales sino de factores tales como la cualidad de la relación que se establece en el ámbito terapéutico, el grado de empatía y la sensación de ser comprendido y ayudado. (Grof, 2008: 296)

7.3. La naturaleza del embarazo y el parto como modelo

*No se puede ayudar a un proceso involuntario,
sólo se puede procurar no perturbarlo demasiado.*

(Dr. Michel Odent, 2009: 24)

Los descubrimientos científicos sobre las necesidades de la mujer embarazada y del parto fisiológico y respetado son una valiosa herramienta para el autoconocimiento al compararlo con lo que uno vivió con su madre en su propia gestación y nacimiento: no separar madre-recién nacido, no obstaculizar el parto natural de manera innecesaria, respetar las necesidades de la parturienta de intimidad, seguridad, protección, libertad de movimientos, permitir el piel con piel, promover el cuidado madre canguro, la lactancia materna, cuidar la primera hora que sigue al nacimiento, etc. (Odent, 2009).

La Ecología al comienzo de nuestra vida, es una asignatura pendiente no sólo en el ámbito educativo, también lo es en el científico y social. Ni los expertos en ciencias del inicio de la vida estudian esta etapa desde la perspectiva ecológica, ni la Ecología dedica atención al comienzo de la vida del ser humano como materia de estudio. El estudio del papel de las hormonas, el tacto, la fertilidad, la sexualidad, el parto y la crianza, requieren ser entendidos de forma bastante diferente a lo que se recoge en los libros de texto. (Blázquez, 2015)

7.4. Formación

El sentimiento es el maestro.

(Dr. Arthur Janov, 2009: 400)

Cualquier educador debería ser sensible a sus propias raíces prenatales si su verdadero objetivo es acompañar a otros eficazmente en su autoconocimiento y crecimiento. La cualidad de aprender, crecer y evolucionar es un gesto intrínseco al ser humano que ya expresamos desde el mismo cigoto. Y no sólo se debe alentar en los educandos sino también en los propios educadores.

La misma UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) constató que “la educación es ante todo un viaje interior”, que el descubrimiento del otro requiere autoconocimiento, que la educación debería llevar a cada persona a descubrir, despertar e incrementar sus posibilidades creativas y que sólo primero descubriendo quien uno es podrá realmente luego ponerse en el lugar de los demás y comprender sus reacciones (Delors, 1996). En este sentido, la educación integral precisa de una “Pedagogía Prenatal como ámbito científico radical e inclusivo” (Herrán, 2015; Hurtado, Cuadrado y Herrán, 2015):

La formación es un proceso de descubrimiento y conquista esencialmente personal que comienza con la concepción. Puede ser favorecida por muchos maestros, no sólo exteriores, también por el “maestro interior” (Dürckheim, 1982). También puede ser confundida, alterada, interferida, condicionada, hipertrofiada, lastrada en nombre de la educación. Su gran maestra es la naturaleza, y su mejor enseñanza son sus seres y su metodología. Nos alejemos de ella y de su didáctica si violentamos, si aceleramos, si nos excedemos, si nos engañamos o si mentimos, si denominamos ‘natural’ a lo que no lo es. (Herrán, 2015: 22)

Claudio Naranjo, creador del Programa SAT de formación de terapeutas, aboga “por una educación salvífica”, donde los educadores devengan verdaderos “agentes de cambio” para el desarrollo humano integral, “una educación en cómo trabajar espiritual y psicológicamente en sí mismo, y en cómo ayudarse en ello los unos a los otros” (2004: 192).

Debemos tener presente que, en la situación que atravesamos, crecimiento y curación son inseparables. Sólo artificialmente cabe separar el campo de la educación del de la psicoterapia y de las disciplinas espirituales, pues realmente no existe más que un único proceso de crecimiento-curación-iluminación. (Naranjo, 2004: 156)

La Pedagogía Sistémica (Traveset, 2009) trata fundamentalmente de crear las condiciones idóneas para que la escuela y el instituto sean un espacio orientado hacia el aprendizaje de la vida honrando la familia de cada alumno. Se basa en identificar el desorden en el sistema ordenando la mirada según las dimensiones transgeneracional, intergeneracional, intrageneracional e intrapsíquica de cada persona para que el flujo de la vida se reinicie allí donde había quedado interrumpido:

Con frecuencia, nuestro alumnado nos muestra el dolor de su familia; no obstante, si no hemos sido capaces de mirar nuestro propio dolor y el de nuestra familia, nos cuesta estar al lado de nuestros alumnos y no hacernos cargo de aquello que no nos corresponde. De lo que se trata es de asentir a lo que tenemos delante y poder mirarlo con respeto. (Traveset, 2009: 29)

Como afirma el Dr. David Chamberlain “las emociones son la lengua materna de la raza humana” (2002: 81). Probablemente el educador que no ha podido desarrollar su autoconocimiento a ese nivel radical de su vida intrauterina, evite estimular a sus alumnos para que exterioricen ciertos sentimientos y emociones que podrían resultarle perturbadores al no haberlos vivenciado, ignorando entonces su enorme potencial curativo. Como señala Althea Solter (2002) un bebé y un niño que pueden expresar sus emociones libremente en un contexto protegido se sienten amados porque se aceptan todas sus formas de expresión y se cuidan sus necesidades, especialmente de liberación de estrés y de sanación del trauma temprano:

Nuestras propias experiencias durante la niñez afectan a las respuestas que damos a los niños. No nos costaría tanto aceptar las expresiones emocionales de los niños si se nos hubiese permitido llorar y rabiar durante la infancia con un adulto cariñoso que nos prestase atención. (Solter, 2002: 211)

Un juego: cambiar en el siguiente párrafo la palabra “paciente” por “alumno” y actitudes “terapéuticas” por “educativas” para comprender que, esencialmente, los principales objetivos y retos de la terapia son los mismos que los de la educación:

Cada uno de nosotros necesita un sólido apoyo y una reflexión acertada. Necesitamos formación sólida y supervisión. Además, nuestro trabajo requiere que tengamos conocimiento de nuestra propia historia de forma que cuando aparece o se activa, podamos diferenciarla de lo que le está ocurriendo a nuestro paciente. Esto significa que debemos tener la habilidad que nos permita saber la diferencia entre el entonces y el ahora. Y tener las herramientas para transformar nuestras propias activaciones, nuestras contra-transferencias en actitudes terapéuticas útiles, que beneficien no sólo a nuestros pacientes sino también a nosotros mismos. (Castellino, 2010: 59)

7.5. La dimensión espiritual

*Creo que para la cura definitiva se necesita
un entorno de amor, el de los otros y el de Dios.
(Emerson et al., 2003: 17)*

En el viaje a casa nos vamos encontrando con la totipotencialidad primigenia de nuestra concepción. “Cuando la conciencia de la persona regresa a la matriz biológica se revela su dimensión espiritual” (Singer, 2004: 50). Para contemplar la espiritualidad no se precisa de un sistema de creencias religiosas establecido. Es lo que subyace en el fondo de todas las religiones y culturas, una inteligencia innata e universal que vive dentro de cada uno y de toda la creación. Se trata de la misma inteligencia que mediante la unión de un óvulo y un espermatozoide enciende una nueva vida.

Es desde ese nivel donde se pueden trascender los límites de la propia individualidad y saltar al nivel humanidad, un sistema vivo mayor guiado por el bien común, la cooperación, la ayuda mutua y el amor. Y, como apunta Bruce Lipton (2009), concebir esa humanidad como un gran organismo hecho a partir de todos nosotros funcionando saludablemente como células.

El “sentimiento de hermandad” es imprescindible para una cultura de la paz y la unidad, y para ello “necesitamos una educación del yo como parte de la humanidad, una educación del sentimiento de humanidad” (Naranjo, 2004: 155).

Si nuestros hijos y nietos consiguieran graduarse con una conciencia transpersonal, se abriría una nueva era más pacífica, justa y sostenible para la humanidad.”(Laszlo, 2004: 154)

Una clave para esa educación integral tiene que ver con contemplar todas las dimensiones de la persona: física, emocional, psíquica y espiritual. Es estimulante darse cuenta como es en la concepción donde todas esas dimensiones convergen explosivamente, reforzando la evidencia: para educar al ser humano de manera integral es necesario incluir su vida prenatal.

8. Conclusiones

Se hace patente la necesidad urgente de una educación holística que contemple al ser humano como un todo y favorezca un autoconocimiento radical. Para ello la Pedagogía Prenatal sería una vía idónea, donde el formador debería estar capacitado en habilidades terapéuticas, especialmente enfocadas en la sanación del shock y trauma prenatal y perinatal. Uno de los objetivos capitales de la Pedagogía Prenatal podría ser la formación de educadores sensibles a su biografía prenatal para poder Ser y ofrecer a otros el contexto de amor idóneo para su crecimiento.

Lo lógico sería también hacer extensible la Educación Prenatal a todos los campos académicos especialmente profesionales de la salud, de la ayuda, de la comunicación, del arte, etc. Una educación que contribuya en la emergencia de una civilización nutridora, sensible al periodo prenatal, que haya comprendido lo saludable, económico y sencillo que es prevenir el shock y trauma temprano para que se restablezca la paz en la Tierra.

9. Referencias

- Barcelo, J. (2014). *Birth trauma and the dark side of modern Medicine*. USA: CreateSpace.
- Bertin, M.-A. (2005). *La educación prenatal natural*. Madrid: Mandala.
- Blasco, T. M. (2003). *Cómo ayudar a tu bebé cuando su nacimiento fue traumático*. Santa Bárbara: BEBA.
- Blázquez, M. J. (2015). “*La Ecología al comienzo de nuestra vida*”. *Otra Biología*. Recuperado de <https://otrabiologia.wordpress.com/2015/11/06/n%c2%ba9-otra-vision-de-la-fisiologgia-reproductiva/>
- Castellino, R. (2001). Atención al recién nacido. Tratamiento del neonato. La transición del shock natal. *La Marea* (3), 11-15, AETC.
- Castellino, R. (2010). Pioneros que han integrado la terapia biodinámica craneosacral con la terapia pre y perinatal. *La Marea* (15), 42-63, AETC.
- Chamberlain, D. (2002). *La mente del bebé recién nacido*. Tenerife: Ob Stare.
- Chopra, D. (2006). *Cuerpos sin edad, mentes sin tiempo*. Barcelona: Ediciones B.
- Delors J. (1996). Los cuatro pilares de la educación. En *La educación encierra un tesoro* (pp. 89-103). México: UNESCO.
- Emerson, W. (2001). El trauma del nacimiento: Los efectos psicológicos de las intervenciones obstétricas. *El mundo de la maternidad* 1, 46-49. Tenerife: Ob Stare.
- Emerson, W., Fabricant Linn, S., Linn, D. & Linn, M. (2003). *Recordando nuestro hogar*. Buenos Aires: Lumen.
- Feenstra, C. (2007). *El gran libro de los gemelos*. Barcelona: Medici.
- Grof, S. (2008). *La mente holotrópica* (6ª ed.) Barcelona: Kairós.
- Grof, S. & Grof, C. (2006). *La tormentosa búsqueda del ser*. Barcelona: La liebre de marzo.

- Hayton, A. (2005). *A healing path for wombtwin survivors*. St. Albans: Wren Publications
- Hayton, A. (2011). *Womb twin survivors*. St. Albans: Wren Publications.
- Herrán, A. de la (2015). Educación prenatal y Pedagogía prenatal. *Revista Iberoamericana de educación*, 69 (1), pp. 9-38. Recuperado de www.rieoei.org/deloslectores/7195.pdf
- Herranz, G. (2014). El embrión ficticio: historia de un mito biológico. El autor explica su libro. *Cuadernos de Bioética XXV* (2), 299-312.
- Hurtado, H., Cuadrado, S. y Herrán, A. de la (2015). ¿Hacia una Pedagogía Prenatal? Una propuesta educativa. *Revista Ibero-Americana de Educación*, 1(67), 151-168. Recuperado de <http://rieoei.org/deloslectores/6809Hurtado.pdf>
- Imbert, C. (2004). *El futuro se decide antes de nacer*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Janov, A. (2009). *El grito primal*. Barcelona: Edhasa
- Laszlo, E. (2004). *La ciencia y el campo akásico. Una teoría integral del todo*. Madrid: Nowtilus.
- Léboyer, F. (2008). *Por un nacimiento sin violencia*. Madrid: Mandala ediciones.
- Lipton, B.H. (2009). *La biología de la creencia* (2ª ed.). Madrid: Palmyra.
- López-Moratalla, N. (2007). *El primer viaje de la vida*. Madrid: Palabra.
- López-Moratalla, N. (2010). El cigoto de nuestra especie es cuerpo humano. *Persona y Bioética*, 14 (2), 120-140.
- López-Moratalla, N. (2012). El precio del “milagro” de los nacimientos por las técnicas de fecundación asistida. *Cuadernos de Bioética XXIII* (2ª ed.), 421-466.

- López-Moratalla, N. & Sueiro, E. (2011). *La comunicación materno-filial en el embarazo. El vínculo de apego* (2ª ed.). Pamplona: EUNSA.
- Mandel, B. & Ray, S. (2000). *Nacimiento & relaciones* (2ª ed.). Madrid: Neoperson.
- McCarty, W. A. (2008). *La conciencia del bebé antes de nacer*. México: Pax México.
- Mines, S. (2007). *Todos vivimos en shock*. Madrid: Gaia ediciones.
- Minet, G. (2003). *Respiración y espíritu*. Buenos Aires: Kier.
- Naranjo, C. (2004). *Cambiar la educación para cambiar el mundo*. Vitoria-Gasteiz: La Llave.
- Odent, M. (2009). *El bebé es un mamífero* (3ª ed.). Tenerife: Ob Stare.
- Singer, J. (2004). Las matrices perinatales. *El mundo de la maternidad* 13, 50-56. Ob Stare.
- Solter, A. (2002). *Llantos y rabietas*. Barcelona: Ediciones Médici.
- Traveset, M. (2009). *La pedagogía sistémica*. Barcelona: Graó
- Verny, T. & Weintraub, P. (2003). *El futuro bebé*. Arte y ciencia de ser padres. Barcelona: Urano.
- Wal, J. C. van der (2014). *El embrión en nosotros*. Madrid: IAO Arte Editorial.

FORMACIÓN EN EDUCACIÓN PRENATAL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

Resumen

1. La necesidad de formar a los profesionales de la salud en educación prenatal
2. ¿Cuáles son los profesionales de la salud encargados de este papel?
3. Estructura de un programa de formación en educación prenatal para los profesionales de la salud
4. El objetivo de la formación en educación prenatal para los profesionales de la salud
5. Contenido de un programa de formación en educación prenatal destinado a los profesionales de la salud. Objetivos educativos
 - 5.1. Explicar a los futuros padres la importancia de planificar y de preparar la concepción de su niño
 - 5.2. Explicar las consecuencias de comportamientos de riesgo durante el periodo preconcepcional y el embarazo
 - 5.3. Demostrar su capacidad para animar a los jóvenes y a los futuros padres a evitar las sustancias tóxicas
 - 5.4. Explicar a los jóvenes y a las parejas cómo comenzar una cura de desintoxicación al menos 6 meses antes de la concepción y estar atentos a conservar la pureza del organismo
 - 5.5. Identificar en los futuros padres los indicadores de salud que deben ser verificados antes de la concepción
 - 5.6. Explicar la importancia del seguimiento médico del embarazo
 - 5.7. Enumerar los principales métodos de cribado y de diagnóstico prenatal
 - 5.8. Explicar a los futuros padres la importancia de las primeras semanas de embarazo para el desarrollo del niño
 - 5.9. Aconsejar a los futuros padres, sobre todo a la madre, adoptar una mejor forma de alimentarse, antes de la concepción y durante todo el embarazo
 - 5.10. Explicar a los futuros padres, especialmente a la mujer embarazada, la importancia de evitar o transformar el estrés negativo, para el bienestar del niño
6. Conclusiones sobre la importancia del programa de formación de profesionales en educación prenatal
7. Referencias

FORMACIÓN EN EDUCACIÓN PRENATAL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

Lavinia Mihaela Nanu

Resumen

La formación en educación prenatal de los profesionales de la salud debe centrarse principalmente en la preparación de la paternidad para la concepción y el embarazo, con el fin de convencer a los futuros padres de adoptar un estilo de vida saludable que permita el desarrollo óptimo del niño, utilizando argumentos procedentes tanto de la investigación científica como de la práctica. El objetivo es sensibilizar a estos profesionales sobre su función en el asesoramiento de los padres. Deben acompañarles durante la concepción, el embarazo y el parto, ofreciendo soluciones preventivas o intervenciones óptimas si es necesario, teniendo en cuenta que, hasta que se demuestre lo contrario, el embarazo es una etapa fisiológica natural de la vida que debe abordarse de manera diferente a un problema de salud. Los métodos para organizar esta formación deben cumplir varias condiciones: a) Elección del contenido adecuado: información sobre la nutrición adecuada, métodos para aliviar el estrés y la desintoxicación y detener el consumo de sustancias tóxicas, monitoreo de los parámetros que evalúan la salud, habilidades de asesoramiento para ayudar a los futuros padres en el período prenatal. b) Un adecuado proceso formativo respetando los principios de la educación de adultos (talleres interactivos, métodos formativos atractivos). Los resultados de una adecuada capacitación de los profesionales de la salud en educación prenatal consisten en la prevención de riesgos para la madre y el niño, facilitando la aparición de parámetros óptimos para el parto (peso al nacer, edad de nacimiento), una madre más feliz y saludable y un desarrollo armonioso del nuevo ser durante su

vida. Si los profesionales llevan a cabo su misión de promover la educación prenatal, los jóvenes y los futuros padres serán más conscientes y responsables de su papel en la provisión de mejores oportunidades de salud y bienestar para las generaciones futuras.

Palabras clave

Preparación a la parentalidad, futuros padres, educación prenatal, estilo de vida saludable, desarrollo del niño, acompañamiento, formación del personal de salud, educación de adultos.

1. La necesidad de formar a los profesionales de la salud en educación prenatal

La educación prenatal es una educación parental que comienza desde antes de la concepción y prosigue hasta el nacimiento del niño; ayuda a los futuros padres a ser más conscientes de su papel, ofreciendo al futuro niño las mejores condiciones para su desarrollo físico, psíquico y espiritual. (Definición acordada por la OMAEP, Organización Mundial de Asociaciones de Educación Prenatal)

Para asegurar al niño las mejores condiciones de desarrollo durante el periodo prenatal, los profesionales de la salud tienen una misión importante: acompañar y educar a los futuros padres a fin de que preparen el embarazo, así como el nacimiento de su futuro niño.

2. ¿Cuáles son los profesionales de la salud encargados de este papel?

Son los que acompañan a la familia y a los futuros padres durante los periodos preconcepcional, prenatal y perinatal: los médicos de cabecera y las enfermeras, los obstetras, las matronas, los especialistas en neonatología y los pediatras.

Para realizar un verdadero trabajo de educación prenatal con los futuros padres, los profesionales deben dedicarles mucho más tiempo, interactuar con ellos de manera entusiasta, motivadora, abierta, estar atentos a sus necesidades.

Deben responder con prontitud y profesionalidad a las cuestiones e inquietudes de los futuros padres.

- Estas son las principales cuestiones que se plantean los futuros padres:
- ¿Cómo actuar para que el niño sea sano, inteligente, bello... ¿cómo yo lo deseo?
- ¿Qué he de hacer para asegurarle las mejores condiciones mientras está todavía en mí?

- ¿Cómo evitar todo lo que corre el riesgo de tener sobre él un impacto negativo?
- ¿Cómo será el parto? ¿Qué hacer para prepararme para él de la mejor manera?

Estas cuestiones reflejan, en realidad, la necesidad de información de los futuros padres y pueden representar implícitamente los principales objetivos de la formación ofrecida al personal de la salud en el ámbito de la educación prenatal.

Aparte de las informaciones estrictamente médicas, los profesionales de la salud deben presentar a los futuros padres informaciones susceptibles de abrirles nuevas perspectivas sobre el vasto horizonte del desarrollo del ser humano. Deben igualmente consolidar la confianza de los futuros padres en su misión de traer al mundo niños sanos desde todos los puntos de vista, creando las condiciones necesarias para que sus potencialidades se desarrollen naturalmente de manera óptima.

No olvidemos que el embarazo y el parto representan un periodo psicológico en la vida de una mujer, pero al mismo tiempo un acontecimiento memorable en la vida de una familia.

Es necesario que el personal médico se comprometa en esta relación de acompañamiento de la mujer encinta/de los futuros padres con sinceridad, con empatía y responsabilidad, a fin de ofrecerle soluciones preventivas o de intervención óptimas para la salud de la familia y evitarles preocupaciones inútiles que corren el riesgo de tener durante este periodo.

Aunque los programas destinados a los profesionales de la salud contemplan el acompañamiento de la mujer encinta, el desarrollo del parto y los cuidados a prodigar al recién nacido, ponen el acento sobre todo en los aspectos médicos de la consulta

y menos en los consejos a dar a la mujer encinta sobre su forma de vivir y sobre los principales factores que pueden influir en la salud del niño.

Los profesionales de la salud pueden llegar a ser ellos mismos educadores prenatales o formar a tales educadores para los futuros padres.

Esta educación de la mujer encinta o de las parejas que esperan un niño puede ser focalizada en determinado periodo del embarazo, o enfocar especialmente el momento del parto, o bien puede concernir a un periodo más amplio, decisivo para el desarrollo del niño: la preparación a la concepción y la concepción, todo el periodo del embarazo, el parto.

La educación prenatal tiene por objetivo preparar a los futuros padres mucho tiempo antes de la concepción y durante todo el periodo del embarazo, para un desarrollo óptimo de todas las potencialidades del niño y de sus características físicas, psicológicas y espirituales.

La educación para el parto prepara a la mujer encinta desde el punto de vista físico y psicológico principalmente para que ella pueda atravesar mejor las etapas del trabajo hacia un parto natural óptimo, tanto para la madre como para el niño.

Estas dos corrientes en la educación de los futuros padres se interpenetran y se completan para su bien y para el bien del niño. Practicadas juntas, lo más pronto posible, los dos tipos de educación pueden ofrecer al ser humano las mejores oportunidades de desarrollo, tanto *in utero* como en el medio exterior, después de su nacimiento.

3. Estructura de un programa de formación en educación prenatal para los profesionales de la salud

Un programa de formación en educación prenatal destinados a los profesionales de la salud debe incluir varios aspectos muy importantes para mejorar sus competencias: conocimientos, saber hacer, actitudes, a fin de que puedan educar a los futuros padres:

- La adopción de un comportamiento sano antes de la concepción, durante todo el periodo del embarazo y después del parto.
- Procedimientos y parámetros para evaluar el estado de salud de los dos futuros padres y remediar toda condición que implique riesgos para el embarazo y para la salud del niño.
- La desintoxicación: renunciar a las sustancias tóxicas y a los hábitos nocivos.
- La adopción de una nutrición tan natural como sea posible, rica en nutrientes (vitaminas, minerales, lípidos, proteínas, glúcidos de la mejor calidad), el consumo de suplementos necesarios (ácido fólico, hierro, calcio, etc.) para la salud del niño.
- El seguimiento prenatal y las consultas post-natales para la salud del niño y de la familia, exámenes rutinarios.
- La importancia de prevenir o transformar el estrés negativo vivido por los futuros padres, en especial por la mujer encinta, antes y durante el embarazo.
- Informaciones sobre el parto natural, sin riesgos, para la madre y el niño y sobre los cursos de preparación al parto.
- Métodos que tienen por objetivo promover el amamantamiento y las informaciones sobre el amamantamiento del bebé desde sus primeros instantes de vida.

- Cuidados a prodigar al recién nacido y forma de comportarse con el bebé durante los primeros meses de vida.
- Competencias de comunicación y de acompañamiento de los futuros padres.

De manera ideal, la formación en educación prenatal debería revestir la forma de talleres interactivos, de manera que los profesionales de la salud puedan beneficiarse de un intercambio de experiencias tanto con el formador como con sus colegas.

Los métodos de formación más apropiados son: la presentación de novedades del ámbito (estudios científicos, estadísticas, registros, vídeos, etc.), los estudios de caso, el *brainstorming* (lluvia de ideas), el trabajo en grupos, el juego de rol para transmitir actitudes, demostraciones y simulaciones para adquirir competencias en el ámbito de la comunicación con los futuros padres.

Los talleres destinados a los profesionales pueden ser concebidos como programas únicos o modulares, de 3 a 5 días o más, en función del interés manifestado por los profesionales o de la naturaleza de las competencias que deseen adquirir (por ejemplo, el acompañamiento).

La evaluación de la formación en educación prenatal puede ser realizada a través de un test final y por observación directa, a lo largo del taller, a fin de constatar los progresos registrados por los participantes en la adquisición del saber hacer y la adopción de una actitud apropiada para la comunicación con los futuros padres y el acompañamiento prenatal.

4. El objetivo de la formación en educación prenatal para los profesionales de la salud

El objetivo de los talleres profesionales de salud es poner al día algunas nociones o transmitir nuevas informaciones, procedentes de estudios científicos, referidos a la importancia de mejorar el comportamiento de los futuros padres antes de la concepción y a lo largo del embarazo. Se puede prevenir así la acción de ciertos factores de riesgo y crear condiciones naturales óptimas para un desarrollo físico y psíquico armonioso del futuro niño.

Los profesionales de la salud tienen numerosos mensajes a transmitir a los futuros padres y sobre todo a las futuras madres, incluso antes de la concepción del niño. ¡Cuanto antes sea, mejor será!

Los futuros padres pueden ser informados durante las consultas médicas ofrecidas en la empresa o bien en encuentros periódicos tomando la forma de talleres de educación prenatal. El objetivo de estos encuentros es enseñar a los futuros padres a adaptar su dieta, renunciar al tabaco, al consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas; favorecer la armonía emocional, la resolución de conflictos (éstas son algunas condiciones importantes para traer al mundo un niño sano. La responsabilidad de cara a su propia salud y la del futuro niño a menudo pueden ser inspiradas y sostenidas por un acompañamiento profesional o una información adecuada.

Hay estudios que han sido llevados a cabo para evidenciar el papel de una educación para la salud de los jóvenes y de los futuros padres, realizada antes de la concepción del niño.

Un registro de 4 de estos estudios, publicado por la Cochrane Library en 2009, acentúa el papel del acompañamiento y de la educación de las futuras madres para favorecer un estilo de vida sano (grupo objetivo de 2300 mujeres). Igualmente han sido estudiadas las intervenciones destinadas a cambiar el estilo de vida de los futuros padres, por una disminución de los factores

de riesgo: consumo de tabaco, consumo de bebidas alcohólicas, nutrición defectuosa y otros factores de comportamiento teniendo un impacto negativo sobre la madre y el niño. Los resultados han mostrado que un acompañamiento y una educación con un seguimiento antes de la concepción podrían influenciar de manera beneficiosa el comportamiento de la futura madre, pudiendo afectar al embarazo y a la salud del futuro niño. Sin embargo, los autores han estimado que los datos habían sido insuficientes para recomendar la aplicación de una educación preconcepcional ofrecida al conjunto de la población.

5. Contenido de un programa de formación en educación prenatal destinado a los profesionales de la salud. Objetivos educacionales

Para realizar el acompañamiento profesional o transmitir una información adecuada a los futuros padres, los profesionales de la salud tiene necesidad, a su vez, de lograr ciertos objetivos educacionales durante su propia formación en educación prenatal:

5.1. Explicar a los futuros padres la importancia de planificar y de preparar la concepción de su niño

Un estudio publicado en 1993 en la revista *American Journal of Orthopsychiatry* muestra que los niños de un grupo cuya concepción había sido planificada han registrado niveles más elevados de la capacidad cognitiva y de la relación estrecha con su madre en relación con los que procedían de concepciones no planificadas, pero cuyas madres habían recibido cuidados prenatales de la misma calidad que las madres del primer grupo.

Los niños de los dos grupos habían sido evaluados en los dos centros donde fue realizado el estudio, a saber: el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de California, Los Ángeles y, respectivamente, el Centro para Niños Metera, en Atenas, Grecia.

5.2. Explicar las consecuencias de comportamientos de riesgo durante el periodo preconcepcional y el embarazo

- En los futuros padres que fuman meses antes de la concepción, el espermatozoides sufre modificaciones que pueden constituir un factor de riesgo de cáncer para el niño al nacer; según los expertos, el tabaco en los futuros padres antes de la concepción o durante el periodo de la concepción podría ser responsable del 15% de los cánceres infantiles.
- Las madres que fuman más de 20 cigarrillos diarios presentan un riesgo de infertilidad un 20% más elevado en relación con las no fumadoras.
- Las madres que beben demasiado café durante el periodo preconcepcional corren un mayor riesgo de aborto involuntario espontáneo.
- Varios estudios llevados a cabo en 2014 prueban que si la madre fuma, el cerebro del feto es afectado. La nicotina inhalada atraviesa la barrera placentaria influenciando en el niño la formación del sistema de neurotransmisores que transmiten los mensajes al cerebro favoreciendo la aparición, después de su nacimiento, del trastorno del déficit de atención con hiperactividad (TDAH). El niño pequeño ya no puede concentrarse suficientemente en un determinado tema o actividad. A los 10 años de edad, los niños nacidos de madres que han fumado más de 10 cigarrillos diarios durante su embarazo han manifestado impulsividad y una disminución de la capacidad de concentración –según sus profesores. (Este estudio ha sido llevado a cabo en Canadá sobre un conjunto de 2120 niños).

- Otro estudio, realizado en Avon, Reino Unido, sobre 5119 niños, evidenciaba la disminución de los resultados escolares –dificultades para leer y pronunciar palabras– en los niños expuestos al tabaco durante el periodo prenatal.
- Otro estudio sobre el impacto del tabaco ha sido llevado a cabo en 2014 para mostrar el impacto de la nicotina durante el embarazo, sobre el ambiente hormonal en el que se desarrolla el niño, en el cual la salud reproductiva se ve afectada. Así, los futuros adultos cuyas madres han fumado durante el embarazo corren el riesgo de una disminución de la fecundidad, de la capacidad de tener, a su vez, niños.
- Si las futuras madres fuman más de dos cigarrillos diarios, el futuro niño corre el riesgo de bajo peso al nacer y de un desarrollo insuficiente que puede mantenerse durante toda su vida. Cuanto más intensa es la exposición a la nicotina, más graves son los efectos. Los científicos han probado recientemente, por técnicas de imágenes cerebrales, la relación directa entre el volumen del cerebro fetal y el peso del bebé al nacer –por una parte– y el grado de madurez cerebral y la estructura anatómica del cerebro en el adolescente –por otra.
- *¿Qué ocurre si la futura madre bebe alcohol durante el embarazo?*

El alcohol ingerido por la madre durante el embarazo atraviesa la barrera placentaria y pasa a la sangre del feto, en especial a las células de su sistema nervioso, produciendo deficiencias en el desarrollo morfológico (físico), así como trastornos psicológicos. Estas anomalías, designadas con el término “síndrome de alcoholismo fetal”, pueden ocasionar modificaciones en los rasgos de la cara –cara o nariz planas, cabeza u ojos

demasiado pequeños-, una altura inferior a la normal, trastornos cognitivos o de comportamiento, defectos congénitos, malformaciones de órganos internos.

Una amplia investigación ha sido llevada a cabo en los Estados Unidos sobre 500 mujeres encintas que habían consumido cantidades moderadas o grandes de alcohol durante su embarazo (Baer, J.S. et al., *A 21-Year Longitudinal Analysis of the Effects of Prenatal Alcohol Exposure on Young Adult Drinking*). Después de su venida al mundo, los niños fueron chequeados en varias ocasiones: inmediatamente después de su nacimiento, a la edad de 4 años, 11 años, 14 años y 21 años.

¿Qué se ha constatado?

Un reflejo de succión débil en los recién nacidos, puntuaciones más bajas en los tests de inteligencia aplicados a la edad de 8 meses, 4 años y 7 años, una atención y una vigilancia inferiores a las de otros niños a la edad de 4, 7, 11 y 14 años. A la edad de escolarización, sus rendimientos cognitivos han sido inferiores y han manifestado trastornos de conducta. Estas dificultades se han mantenido en la edad adulta.

- A pesar de que las opiniones están divididas, y algunos investigadores afirman que una muy pequeña cantidad de alcohol ingerida por la futura madre no afectaría al feto, nosotros os aconsejamos no arriesgaros y absteneros de todo consumo de alcohol durante vuestro embarazo (y, por supuesto, durante el periodo de amamantamiento).
- Cualquier otra sustanciátóxica, las drogas o los tratamientos médicos, la radioterapia, etc, afectan al desarrollo físico y psicológico del niño, pudiendo provocar el aborto espontáneo, durante las primeras semanas de vida intra-uterina, o malformaciones graves en caso de sobrevivir.

5.3. Demostrar su capacidad para animar a los jóvenes y a los futuros padres a evitar las sustancias tóxicas

Evitar la manipulación de disolventes, productos de limpieza agresivos, pesticidas, insecticidas, fertilizantes, etc., ropa de poliéster.

Evitar la utilización de:

- f. sustancias químicas u objetos portadores de perturbadores endocrinos que pueden interferir con las hormonas y provocar infertilidad, deficiencias congénitas, trastornos del desarrollo en el niño, tumores, etc. Estas sustancias, que imitan el efecto de los estrógenos en el organismo de la mujer así como en el del hombre, provienen de la degradación de algunos productos de plástico, aceites minerales, pesticidas, contaminantes orgánicos, etc.;
- g. todo producto cosmético o jabón a base de aceite mineral o compuesto petroquímico;
- h. horno de microondas para calentar alimentos envueltos con una película de plástico;
- i. aerosoles contra insectos.

5.4. Explicar a los jóvenes y a las parejas cómo comenzar una cura de desintoxicación al menos 6 meses antes de la concepción y estar atentos a conservar la pureza del organismo

- Metales pesados pueden llegar al organismo de los futuros padres a través de los alimentos procedentes de una agricultura que utilice pesticidas e insecticidas. Colorantes y aditivos diversos a menudo se añaden a ello, sin olvidar los elementos tóxicos contenidos en los productos de uso doméstico: detergentes, pinturas, o como resultado de la calefacción. Todos pueden afectar

al feto. Éste puede absorber masivamente, durante todo el embarazo, el mercurio y el plomo ya existentes en el organismo materno.

- Para eliminar de su cuerpo el plomo y otros metales pesados, los futuros padres deben comenzar la desintoxicación al menos de 6 a 9 meses antes de la concepción.
- Entre las sustancias desintoxicantes, están Entre las sustancias desintoxicantes están la chlorella, las tinturas de coriandro, el ajo y el ajo silvestre, el polvo de zeolita. Es preferible que el proceso de desintoxicación sea supervisado por especialistas en medicina natural.
- Los profesionales deben recalcar la importancia de parar completamente la desintoxicación si ya hay embarazo, ¡de lo contrario el niño puede acumular todas las toxinas!

5.5. Identificar en los futuros padres los indicadores de salud que deben ser verificados antes de la concepción

- Aconsejar un análisis de sangre, pruebas de función epática, los niveles de hierro y azúcar en la sangre, para excluir infecciones: hepatitis B, hepatitis C, rubéola, toxoplasmosis, etc.
- Aconsejar una regulación del peso corporal y del azúcar en la sangre - si es necesario (válido para los dos padres, pero sobre todo para la madre). Los estudios demuestran que el exceso de peso, la obesidad y la hiperglucemia (el exceso de azúcar en la sangre) de la madre durante los períodos preconcepcional y prenatal aumentan más tarde en la vida de los niños, de manera significativa, el riesgo de obesidad, de diabetes, de enfermedades cardiovasculares. La obesidad o el exceso de peso del futuro padre tienen un impacto sobre las hormonas sexuales, sobre la estructura genética de

los espermatozoides, las modificaciones resultantes influyen, en el momento de la concepción, el estado de salud del futuro niño. Si, durante el periodo preconcepcional, el futuro padre respeta una dieta y hace ejercicio a fin de perder peso, las modificaciones mencionadas se vuelven parcialmente reversibles en lo que se refiere a la estructura afectada del ADN de los espermatozoides.

- Explicar la importancia de dejar la píldora anticonceptiva (si se toma) y reemplazarla, durante este periodo de preparación, por métodos anticonceptivos naturales: calendario menstrual, preservativo.

5.6. Explicar la importancia del seguimiento médico del embarazo

- Al principio del embarazo tiene lugar la primera consulta prenatal. Es el momento en el que comienza el seguimiento de la futura madre. Los profesionales de la salud llevan a cabo los primeros exámenes de vigilancia y le hacen las recomendaciones necesarias para el nuevo modo de vida a adoptar: alimentación, vitaminas y minerales (ácido fólico, hierro, calcio, magnesio), ejercicio, actividad física, estado de ánimo, relajación, etc.
- Es siempre durante este periodo de comienzo del embarazo cuando tiene lugar el primer encuentro con el obstetra y/o con la matrona. Los futuros padres pueden ya vislumbrar el parto con impaciencia o ansiedad, por lo que es importante que los profesionales de la salud les proporcionen las informaciones necesarias para tranquilizarles. En general, por temor a un parto doloroso o difícil, muchas mujeres pueden pensar ya en la cesárea, sin que haya indicación médica u obstétrica para tal intervención. El papel del médico y de la matrona no es alentar estos temores - podríamos decir normales

– de la futura madre, sino desmontarlos e infundirle confianza en su capacidad de dar a luz de forma natural. Por lo demás, la mayoría de las futuras mamás ignoran las consecuencias a corto y largo plazo que la cesárea y/o la excesiva medicalización del embarazo y del parto pueden tener sobre el niño. Si tuvieran las informaciones necesarias, tal vez reflexionarían más antes de tomar una decisión sobre la forma de dar a luz.

5.7. Enumerar los principales métodos de cribado y de diagnóstico prenatal

Los futuros padres a menudo se preguntan si algunos procedimientos médicos aplicados durante el embarazo puede dañar al niño: se trata del examen por ultrasonidos u otros métodos de cribado, algunos invasivos – como la amniocentesis –, del monitoreo fetal (que permite el seguimiento del ritmo cardíaco del bebé *in utero*).

El cribado prenatal es realizado habitualmente por exámenes ecográficos o mediante análisis de sangre de la madre. Con estos exámenes se puede determinar, en una cierta población:

- El grupo sanguíneo y el factor Rh.
- el riesgo de infección fetal por virus o gérmenes: sífilis, VIH, citomegalovirus (VCM), rubéola o toxoplasmosis.
- la existencia de ciertas malformaciones o anomalías: anomalías del tubo neural, la trisomía 21 (síndrome de Down), etc.

En cuanto a la ultrasonografía (ecografía) obstétrica, los estudios demuestran que puede ser considerada como segura, siempre y cuando no se convierta en un examen de rutina. Los estudios muestran que las mujeres que realizan 5 ecografías obstétricas durante su embarazo corren el riesgo de dar a luz bebés de menor peso en comparación con las mujeres que efectúan un solo examen de este tipo.

En experimentos con animales, se encontró que la ecografía obstétrica tiene múltiples efectos. Además, los médicos se han vuelto más cautelosos a la hora de exponer a la mujer embarazada y al niño prenatal a los ultrasonidos. La utilidad de la monitorización fetal (seguimiento de los latidos del bebé en el útero) no ha sido confirmada por los estudios científicos sobre este tema, pero se continúa practicándola en las maternidades más bien por razones médico-legales. Este examen es susceptible de proporcionar resultados falsamente positivos, lo que lleva a un aumento en el número de cesáreas.

Las pruebas de cribado prenatal pueden proporcionar un número relativamente reducido de resultados falsamente positivos - que indican algo que no existe. Por eso suelen ser seguidas de pruebas de diagnóstico prenatal que confirman o refutan una sospecha en cuanto a la existencia de un trastorno o de un estado patológico del feto.

El diagnóstico prenatal lleva consigo una serie de pruebas invasivas, tales como la amniocentesis o la biopsia de vellosidades coriónicas.

La amniocentesis se usa para diagnosticar defectos hereditarios, allí donde se sospecha la existencia de tal riesgo. La amniocentesis puede causar un riesgo de aborto involuntario del 1% - 3%, dependiendo del momento elegido para este examen, así como otras complicaciones graves para la madre y el niño por nacer: rotura de membranas, daño a los tejidos del feto, infecciones, muerte intrauterina. Los avances en la ciencia han contribuido a limitar estas pruebas invasivas únicamente a situaciones en las que hay una indicación firme. Los especialistas recomiendan el uso a mayor escala de las pruebas de cribado prenatal no invasiva - en especial los análisis de sangre materna.

5.8. Explicar a los futuros padres la importancia de las primeras semanas de embarazo para el desarrollo del niño

Los científicos advierten que durante este periodo sensible de alrededor de 8 días comprendidos entre la concepción y la implantación del óvulo en el útero, la futura madre debería evitar el estrés, la ansiedad, los choques de cualquier tipo, las sustancias tóxicas o los alimentos inapropiados. Estas influencias pueden poner en peligro la vida del embrión o la salud del futuro hijo.

El destino del futuro ser se juega en las dos primeras semanas de embarazo: si el ambiente en el que se desarrolla ejerce sobre él un impacto fuertemente desfavorable, se produce la muerte prenatal.

La madre debe permanecer vigilante y protegerse contra posibles condiciones hostiles en el medio donde vive, para prevenir la aparición, en el futuro niño, de trastornos del desarrollo fisiológico / físico o psicológico que serán descubiertos o que se manifestarán mucho más tarde, a veces incluso en la edad adulta.

Lo que el niño recibe de su madre mientras todavía se encuentra en su seno va a modelar sus características físicas y psicológicas. Una actitud positiva, calma mental, una alimentación correcta, un equilibrio entre los períodos de descanso y las horas de actividad, la ausencia de sustancias tóxicas en la vida cotidiana de la madre, crean condiciones óptimas para que el ADN de las células del futuro niño produzcan las mejores variantes de proteínas para la construcción de su cuerpo. Por el contrario, la agitación mental, el miedo, la ira, la inquietud de la madre, el humo del cigarrillo que inhala, la fatiga, una alimentación pobre en nutrientes y conteniendo muchos aditivos y conservantes, otras sustancias tóxicas ingeridas o absorbidas a través de la piel, son todas señales de alarma bioquímicas que pueden desencadenar, bajo ciertas condiciones, una alteración del ADN en las células del embrión.

El inicio del período prenatal tiene “ventanas” de receptividad, durante las cuales el embrión es extremadamente sensible a esos factores llamados teratógenos. Durante estos períodos de tiempo sensibles desarrollan los diversos órganos y sistemas:

- la 3^a semana de embarazo para el sistema nervioso central y el corazón;
- la 4^a semana 4 (hasta la 8^a) para los ojos, los oídos, los brotes de los brazos y las piernas;
- las semanas 6-9 para los dientes y el paladar;
- las semanas 7-9 para los órganos genitales externos.

Durante los otros periodos del embarazo, el feto sigue siendo, por supuesto, sensible a las influencias del ambiente en el que se desarrolla, porque las estructuras de su cuerpo físico continúan su crecimiento y su diferenciación hasta que estén completamente formadas.

5.9. aconsejar a los futuros padres, sobre todo a la madre, adoptar una mejor forma de alimentarse, antes de la concepción y durante todo el embarazo

a. Principales recomendaciones nutricionales realizadas a los futuros padres por los profesionales de la salud:

- Optar por alimentos que contienen nutrientes esenciales: frutas, verduras, cereales, aceites prensados en frío, pescado, huevas de pescado, minerales, vitaminas.
- Evitar el consumo de alimentos derivados de procesos tecnológicos sofisticados y que contienen aditivos, colorantes, conservantes.
- Reducir el consumo de carne roja y pollo, así como leche, estos alimentos pueden contener hormonas y antibióticos.

- Ir de compras con una lupa de bolsillo, para poder leer las etiquetas de los productos, a menudo escritas en letras minúsculas.

Los autores de un estudio llevado a cabo en 2014 (Grieger JA et al.) se pusieron como objetivo descubrir las relaciones existentes entre los hábitos alimentarios de las madres durante el año anterior a la concepción y el nacimiento prematuro.

Los datos fueron recolectados retrospectivamente entre 309 mujeres. A la vista de este estudio, se identificaron tres tipos de nutrición en las madres durante el período preconcepcional:

- Grupo 1: las madres que prefieren una alimentación rica en frutas y proteínas: pescado, carne, pollo, frutas y algunos cereales integrales.
- Grupo 2: las madres que prefieren grasas, azúcar, alimentos del tipo fast-food (comida rápida): azúcar y cereales refinados, patatas fritas, etc.
- Grupo 3: las madres que prefieren una alimentación vegetariana: verduras, frutas, cereales integrales.

También se recogieron datos referentes al nacimiento de los niños procedentes de los embarazos de estas madres -a saber, el peso y la edad gestacional.

Las conclusiones significativas del estudio mostraron que entre las mujeres del segundo grupo -cuyas preferencias alimentarias estaban orientadas hacia los alimentos refinados, azúcar, grasas-, se registraron un número mucho mayor de nacimientos prematuros en relación tanto al primer grupo - el de las madres que preferían una dieta rica en proteínas y frutas – como al tercer grupo - madres que optaron por una alimentación vegetariana.

b. Los nutrientes necesarios antes de la concepción:

Antes de la concepción, es muy importante que el organismo de la madre contenga una cantidad suficiente de ácido fólico (vitamina del complejo B), cuya deficiencia aumenta de manera significativa en los niños el riesgo de anomalías del tubo neural a partir del cual se construirán el cerebro y la médula espinal. *El ácido fólico se encuentra en grandes cantidades en los vegetales de hojas verdes: espinacas, lechuga, brócoli; en las legumbres como las lentejas, las judías blancas y los guisantes secos; el trigo germinado, el jugo y la pulpa de cítricos.*

Estudios recientes llevados a cabo por investigadores de la Universidad de Adelaida, Australia, pusieron de relieve el hecho de que uno de los antioxidantes naturales, el selenio, se encuentra en altos niveles en los folículos ováricos, favoreciendo la fertilidad. Para hacer acopio de selenio, se deben comer nueces, avellanas y marisco, o tomar suplementos alimenticios - aunque con moderación, porque ingerido en exceso el selenio puede resultar tóxico.

Los futuros padres deben saber que las *deficiencias de zinc* tienen un impacto sobre la producción de esperma y sobre los niveles de testosterona. Antes de la concepción se deben aconsejar pues los alimentos ricos en zinc, como las semillas de calabaza y de girasol, las nueces, los cereales integrales, los mariscos, los productos lácteos.

Los *ácidos grasos Omega 3* son muy importantes en la nutrición de los futuros padres, debido a su conocido efecto sobre el metabolismo de los lípidos; también juegan un papel en la síntesis de las hormonas, en la producción de prostaglandinas y en el control de la inflamación. Son extremadamente útiles en la dieta de ambos padres, ya que influyen en la síntesis de las hormonas sexuales, la calidad y motilidad de los espermatozoides. Los Omega 3 se encuentran, en particular, en las semillas y vegetales

de hojas verdes, en los peces que viven en agua fría - caballa, atún, salmón, bacalao - en el germen de trigo y, en cantidades significativas, en la linaza.

La vitamina E es muy importante debido a su efecto antioxidante. Interviene favorablemente en la salud de la mucosa uterina y el mantenimiento de la calidad del espermatozoide. La vitamina E se encuentra en muchos alimentos: almendras, avellanas, semillas crudas, aceite de germen de trigo, la col rizada (kale), espinacas, brócoli, aguacate, perejil, aceitunas, yema de huevo. También se puede tomar como un suplemento dietético.

La alimentación diaria ideal de la mujer embarazada debe ser rica y equilibrada, conteniendo los nutrientes esenciales para el futuro niño: carbohidratos (hidratos de carbono), proteínas y lípidos, además de vitaminas y minerales, y agua en abundancia. Al principio del embarazo, 150 calorías de más en comparación con lo que la madre comía antes son suficientes. Hacia el final del embarazo, puede comer 250 calorías de más. Puede ser, por ejemplo, una taza de yogur durante la primera parte del embarazo, a la que añadirá una pequeña fruta o una rebanada de pan durante los últimos 6 meses.

El aumento de peso es normal. Puede ser de 9 a 12 kg, las cifras varían dependiendo de la persona. Las futuras madres con sobrepeso tomarán menos kilos en comparación con aquellas cuyo peso está por debajo de lo normal.

Es preferible que las mujeres embarazadas que hacen un trabajo físico ligero o moderado no aumenten la cantidad de alimentos que consumen, sino que descansen más.

c. Principios de una alimentación equilibrada durante el embarazo:

- Elegir, en cada categoría de alimentos, los que contienen más vitaminas y minerales, beber líquidos, al menos 1,5-2 litros al día.
- Evitar los llamados “calorías vacías” - alimentos que contienen azúcar y grasas saturadas: postres, refrescos, carnes y productos lácteos grasos, frituras.
- Tomar suplementos de vitaminas y de minerales si el médico lo recomienda, sabiendo que no son más que adyuvantes y que no reemplazan una alimentación sana. Si se consumen en exceso pueden incluso ser dañinos.
- La dieta diaria debe consistir en alimentos de las siguientes categorías: Frutas, Verduras, Cereales, Proteínas, Lácteos (para las futuras madres que no son veganas), Aceites prensados en frío.

d. Los alimentos a evitar durante el embarazo:

- Los carbohidratos refinados. Una alimentación que contenga una cantidad excesiva de hidratos de carbono - especialmente azúcar refinado - perturba la secreción de insulina, produce moco en exceso y aumenta la acidez de la sangre, inhibiendo la acción de ciertas vitaminas y minerales esenciales del cuerpo y conduciendo, con el tiempo, a un descenso de la inmunidad. Los investigadores descubren ahora que el azúcar refinado es tóxico. Los productos que lo contienen – las “calorías vacías” – conducen a un sobrepeso perjudicial para la madre y para el bebé, aumentando el riesgo de diabetes y de enfermedades degenerativas.
- Algunos pescados de mares y océanos contienen mercurio que, en grandes cantidades, puede afectar el desarrollo del cerebro y del sistema nervioso del niño. La tasa de mercurio depende del lugar que ocupa la

especie en cuestión en la cadena alimentaria marina. Más evolucionada es la especie, mayor es la cantidad de mercurio. Por eso es importante evitar comer tiburón, pez espada –los peces depredadores, en general.

- Es muy importante evitar el consumo de productos a base de pescado crudo (sushi u otros), de carne cruda o poco cocida, y huevos crudos (mayonesa, helados, diferentes cremas, etc.). Las contaminaciones por toxoplasmosis o por listeria (una bacteria) que pueden ocurrir durante el embarazo son el mayor riesgo. Estas infecciones pueden transmitirse de la madre al feto, a través de la placenta. Los daños causados por la contaminación por toxoplasmosis durante el 2º y 3º trimestres del embarazo puede no ser evidentes en el nacimiento, sin embargo el bebé o el niño corre el riesgo de verse afectado después por alteraciones visuales (pudiendo llegar hasta a la ceguera) o por un retraso mental progresivo.
- La prevención es por tanto esencial, y las medidas son simples: no comer carne cocida en horno de microondas o a una temperatura inferior a la de cocción; lavar las frutas y verduras antes de comerlas; lavarse a menudo las manos, sobre todo después de haber tocado un animal de compañía –en especial un gato; usar guantes para hacer jardinería o trabajar la tierra, debido a que este parásito puede sobrevivir en el suelo durante meses.
- El consumo de aceites refinados o rancios (que se forman en las nueces, avellanas, o semillas tostadas que se venden en las tiendas) inhibe la formación de ácidos omega-3. Así pues hay que evitarlos a toda costa durante el embarazo. Lo mismo para la margarina, alimento artificial que somete el organismo a grandes esfuerzos de metabolización y desintoxicación.

5.10. Explicar a los futuros padres, especialmente a la mujer embarazada, la importancia de evitar o transformar el estrés negativo, para el bienestar del niño:

Un estudio realizado en 2012 mostró que la exposición de la mujer embarazada al estrés biológico y psicológico afecta al estado de salud tanto de la madre como del niño. La exposición al estrés fue analizado durante las semanas de embarazo 20, 25, 31 y 36; el desarrollo cognitivo y neuromotor de los niños y su capacidad para responder a las tensiones emocionales y al estrés fueron evaluados a la edad de 3, 6, 12 y 24 meses. Una evaluación de la función cognitiva después de la edad de 2 años se llevó a cabo mediante tests y técnicas de imagen cerebral a la edad de 5 y 8 años.

Los resultados de este estudio han evidenciado que el estrés psicológico y biológico de la mujer encinta, especialmente durante el primer trimestre del embarazo, se asocia con ciertos riesgos en el niño: retraso del desarrollo fetal, disfunciones emocionales y cognitivas, disminución del volumen de ciertas áreas del cerebro asociadas con el aprendizaje y la memoria (en niños de 6-8 años).

También se constataron efectos en las madres: alteración de la función endocrina, niveles elevados de las hormonas del estrés, lo cual tiene un impacto negativo sobre la memoria y sobre la capacidad para manejar las emociones, aumentando el riesgo de depresión post-parto. El estudio concluye que el estrés psicológico y biológico de la madre durante el embarazo tiene efectos a largo plazo sobre el desarrollo neuropsicológico del futuro adulto, así como sobre las interacciones y la calidad de la relación entre la madre y el niño.

Otras investigaciones recientes sugieren que el estrés y la ansiedad de la madre durante el período prenatal aumentan el riesgo de asma y de eczema en la descendencia.

Los profesionales de la salud deben aconsejar a la futura madre cambiar su estilo de vida: además de una alimentación correcta, evitar el estrés, cultivar emociones y pensamientos positivos, buscar la armonía.

Ella puede aprender cómo:

- Controlar las emociones prolongadas o muy intensas, que desencadenan, a nivel del sistema nervioso, la secreción de sustancias que actúan directamente sobre las células y sobre el ADN, influenciando el estado de salud física y psicológica.
- Acometer la resolución de conflictos - con nosotros mismos y con los demás
- Experimentar técnicas de relajación, psicoterapia, meditación, oración, contemplación, visualización creativa

6. Conclusiones sobre la importancia del programa de formación de profesionales en educación prenatal

Una vez alcanzados los objetivos educativos mencionados, los profesionales de la salud están mejor preparados para ofrecer informaciones valiosas sobre la concepción, el embarazo y el nacimiento. Estos mensajes deben ser transmitidos extensamente y mucho antes de la concepción a los jóvenes en general y a aquellos que, en particular, tengan la intención de tener un hijo.

A parte de los materiales informativos, los profesionales deben utilizar sus competencias de comunicación y de acompañamiento, para realizar una verdadera colaboración con los futuros padres.

Esta colaboración supone una doble responsabilidad: por su parte, el profesional tiene el deber de informar correctamente a los futuros padres sobre la adopción de un comportamiento sano y sobre la manera en la que ellos puedan asegurar a su futuro hijo

las mejores condiciones de desarrollo prenatal; los futuros padres tienen, a su vez, la responsabilidad de tomar las decisiones más acertadas para su propia salud y para la de su futuro hijo.

Los profesionales de la salud deben al mismo tiempo comprender que su andadura en la educación prenatal concierne a procesos fisiológicos- la concepción, el embarazo y el nacimiento- y no a un proceso patológico.

Es por esto que ellos tienen la misión de ayudar a los jóvenes y a los futuros padres a hacerles responsables, ofreciéndoles, de una parte, informaciones apropiadas, adaptadas a su nivel de comprensión, y de la otra, empatía y un acompañamiento a lo largo de todo el proceso de formación del nuevo ser humano.

Si los profesionales cumplieran su misión de promover constantemente la educación prenatal con su actividad, los jóvenes y los futuros padres se volverían más responsables y más conscientes de su papel, para beneficio de las futuras generaciones.

7. Referencias

- Babenko, O, Kovalchuk, I. & Metz, G. A. (2014). "Stress-induced Perinatal and Transgenerational Epigenetic Programming of Brain Development and Mental Health.", *Neurosci Biobehav Rev.*, 24 (48), 70-91. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.11.013. [Epub ahead of print]
- Baer, J. S., Sampson, P. D., Barr, H. M., Connor, P. D. & Streissguth, A. P. (2003). "A 21-Year Longitudinal Analysis of the Effects of Prenatal Alcohol Exposure on Young Adult Drinking" *Arch Gen Psychiatry* (60), 377-385.
- Bertin, M.-A. (2012). *L'éducation prénatale naturelle, un espoir pour l'enfant, la famille et la société*, Editions du Dauphin.

- Bringhentí, I., Moraes-Teixeira, J. A., Cunha, M. R., Ornellas, F., Mandarim-de-Lacerda, C. A. & Aguilá, M. B. (2013). "Maternal obesity during the preconception and early life periods alters pancreatic development in early and adult life in male mouse offspring". *PLoS One*; 8 (1), e55711. doi: 10.1371/journal.pone.0055711.
- Buss C., Davis, E. P., Hobel, C. J. & Sandman, C. A. (2011). "Maternal pregnancy-specific anxiety is associated with child executive function at 6-9 years age", *PLoS One*, 6(6), 665-676. doi: 10.1371/journal.pone.0022250
- Chamberlain, D. B. (1995). When does parenting begin? *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 10 (2), 57-74
- Cho K., Frijters J. C., Zhang H., Miller L. L. & Gruen J. R. (2013). "Prenatal exposure to nicotine and impaired reading performance"; *J Pediatr*, 162 (4), 713-718. doi: 10.1016/j.jpeds.2012.09.041. Epub 2012 Nov 2
- Donkin, Versteijhe et al. (2015). "Obesity and Bariatric Surgery Drive Epigenetic Variation of Spermatozoa in Humans" *Cell Metabolism*, doi: 10.1016/j.cmet.2015.11.004
- Duijts L. (2012). "Fetal and infant origins of asthma" *Eur J Epidemiol*, 27 (1), 5-14.
- Dulawa S. C. (2014). "Epigenetic programming of depression during gestation. Bioessays", 36 (4), 353-8. doi: 10.1002/bies.201300089. Epub 2014 Jan 21
- Fall CH. (2013). "Fetal malnutrition and long-term outcomes" *Nestle Nutr Inst Workshop Ser* (74), 11-25.
- Fitzpatrick, C., Barnett, T. A. & Pagani, L. S. (2014). "Parental bad habits breed bad behaviors in youth: exposure to gestational smoke and child impulsivity", *Int J Psychophysiol*, 93 (1):17-21.
- Fox, H. E., Steinbrecher, M., Pessel, D., Inglis, J., & Angel, E. (1978). "Maternal Ethanol Ingestion and the Occurrence of Human Fetal Breathing Movements". *American J. of Obstetrics/Gynecology* (132), 354-358.

- Glover, V. (2015). "Prenatal stress and its effects on the fetus and the child: possible underlying biological mechanisms", *Adv Neurobiol.* (10), 269-83.
- Grieger, J. A., Grzeskowiak, L. E. & Clifton, V. L. (2014). "Preconception dietary patterns in human pregnancies are associated with preterm delivery" *J Nutr.*, 144 (7):1075-80. doi: 10.3945/jn.114.190686. Epub 2014 Apr 30
- Håkonsen, L. B., Ernst, A. & Ramlau-Hansen, C. H. (2014). "Maternal cigarette smoking during pregnancy and reproductive health in children: a review of epidemiological studies". *Asian J Androl.*, 16 (1), 39-49.
- Khashan, A. S., Wicks, S., Dalman, C., Henriksen, T. B., Li, J., Mortensen, P. B. & Kenny, L. C. (2012). "Prenatal stress and risk of asthma hospitalization in the offspring: a Swedish population-based study", *Psychosom.*, 74 (6), 635-41. doi: 10.1097/PSY.0b013e31825ac5e7. Epub 2012 Jun 28
- Kim, A. M., , S., O' Halloran, & Woodruff, T. K. (2010), "Zinc availability regulates exit from meiosis in maturing mammalian oocytes". *Nature Chemical Biology* (6), 674-681.
- Knopik, Maccani, Francazio, S. & Mc Geary, J. E. (2012). "The epigenetics of maternal cigarette smoking during pregnancy and effects on child development", *Dev Psychopathol.*, 24 (4), 1377-90. doi: 10.1017/S0954579412000776
- Koch, S., Vilser, C., Groß, W. & Schleußner, E. Z. (2012). "Smoking during pregnancy: risk for intrauterine growth retardation and persisting microsomia". *Geburtshilfe Neonatol.*, 216 (2), 77-81.
- Lamy S., Laqueille X. & Thibaut F. (2014). "Consequences of tobacco, cocaine and cannabis consumption during pregnancy on the pregnancy itself, on the newborn and on child development: A review"; *Encephale.* Oct 28.
- M. Lane, R. L. Robker, S. A. & Robertson. "Parenting from before conception." *Science*, 345 (6198). 756 DOI:10.1126/science.1254400

- McPherson, N. O., Fullston, T., Aitken, R. J. & Lane, M. (2014). "Paternal obesity, interventions, and mechanistic pathways to impaired health in offspring". *Ann Nutr Metab.* 64 (3-4), 231-8. doi: 10.1159/000365026. Epub 2014 Oct 2.
- Murphy P. A. (2011). *Origins: How the Nine Months Before Birth Shape the Rest of Our Lives*, Free Press.
- Nanu, L. (2017). *Se préparer à devenir parents*. București. ISBN 978-973-0-21899-2.
- Noia, G. (2015). *Concepimento, Gravidanza, Parto: Nuove Scoperte E Nuove Prospettive Scientifiche*, Corso universitario di Alta Formazione Post-lauream: Educatore Prenatale Per Una Genitorialita'Consapevole Relazioni Armoniche Per Una Cultura Di Pace, Perugia, Italia, 28 Giugno.
- Petkovsek, M. A., Boutwell, B. B., Beaver, K. M. & Barnes, J. C. (2014). "Prenatal smoking and genetic risk: examining the childhood origins of externalizing behavioral problems", *Soc Sci Med.* (111), 17-24.
- Puscheck, E. E., Awonuga, A. O., Yang, Y., Jiang, Z. & Rappolee, D. A. (2015). "Molecular biology of the stress response in the early embryo and its stem cells", *Adv Exp Med Biol.* (843), 77-128. doi: 10.1007/978-1-4939-2480-6_4.
- Raznahan, A., Greenstein, D., Raitano, L. N., Clasen, L. S. & Giedd, J. N. (2012). "Prenatal growth in humans and postnatal brain maturation into late adolescence", *Child Psychiatry Branch, National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, Bethesda, MD, 20892*, Edited by Pasko Rakic, Yale University, New Haven, CT.
- Robertson, S. A. & Moldenhauer, L. M. (2014). "Immunological determinants of implantation success". *Int J Dev Biol.* 58 (2-4), 205-17. doi: 10.1387/ijdb.140096sr.
- Rydell, M., Cnattingius, S., Granath, F., Magnusson, C. & Galanti, M. R. (2012). "Prenatal exposure to tobacco and future nicotine dependence: population-based cohort study", *200* (3), 202-9.

- Sandman, C. A., Davis, E. P., Buss, C. & Glynn, L. M. (2012). "Exposure to prenatal psychobiological stress exerts programming influences on the mother and her fetus", *Neuroendocrinology*, 95 (1), 7-21.
- Sinclair, K. D. & Watkins, A. J. (2013). "Parental diet, pregnancy outcomes and offspring health: metabolic determinants in developing oocytes and embryos", *Reprod Fertil Dev.*, 26 (1), 99-114. doi: 10.1071/RD13290
- Stephenson, J., Patel, D., Barrett, G., Howden, B., Copas, A., Ojukwu, O., Pandya, P. & Shawe, J. (2014). "How do women prepare for pregnancy? Preconception experiences of women attending antenatal services and views of health professionals". *Jul. 24 9 (7): e103085*. doi: 10.1371/journal.pone.0103085. eCollection 2014.
- Tiesler, C. M. & Heinrich, J. (2014). "Prenatal nicotine exposure and child behavioural problems", *Eur Child Adolesc Psychiatry* (10), 913-29.
- Tolstrup, J. S., Kjaer, S. K., Munk, C., Madsen, L. B., Ottesen, B., Bergholt, T. & Grønbaek M. (2003). "Does caffeine and alcohol intake before pregnancy predict the occurrence of spontaneous abortion?" *Hum Reprod.* (12), 2704-10.
- University of Adelaide (2014). Robinson Research Institute, Annual Report.
- Welch, L., Miller, L. (2008). "Emotional and Educational Components of Pregnancy" *Glob. libr. women's med.*, (ISSN: 1756-2228).
- Whitworth, M. & Dowswell, T. (2009). "Routine pre-pregnancy health promotion for improving pregnancy outcomes", *Editorial Group: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, Published Online*.
- Yochum, C., Doherty-Lyon, S., Hoffman, C., Hossain, M. M., Zelikoff, J. T. & Richardson, J. R. (2014). "Prenatal cigarette smoke exposure causes hyperactivity and aggressive behavior: role of altered catecholamines and BDNF"; *Exp Neurol.* (254), 145-152.

- Young, S. N. (2007). "How to increase serotonin in the human brain without drugs" *J Psychiatry Neurosci.* , 32 (6), 94-399.
- Yu, Z, Han, S, Zhu, J, Sun, X, Ji, C, et al. (2013). Pre-Pregnancy Body Mass Index in Relation to Infant Birth Weight and Offspring Overweight/Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis.
- Zhu, J. L., Olsen, J., Liew, Z., Li, J., Niclasen, J. & Obel, C. (2014). "Parental smoking during pregnancy and ADHD in children: the Danish national birth cohort", *Pediatrics*, 134 (2).

ACOMPANAMIENTO PEDAGÓGICO DURANTE LA ETAPA PRENATAL, NACIMIENTO Y POSTNATAL DESDE LA FIGURA DE LA *DOULA*: UNA REVISIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Resumen

1. Introducción
2. Desarrollo
3. Resultados
4. Conclusiones
5. Referencias

ACOMPAÑAMIENTO PEDAGÓGICO DURANTE LA ETAPA PRENATAL, NACIMIENTO Y POSTNATAL DESDE LA FIGURA DE LA *DOULA*: UNA REVISIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Bianca Serrano Manzano

Agnese Bosisio

Resumen

El punto de partida de este capítulo es la necesidad de que la educación dirija la atención a la vida intrauterina, el nacimiento y los primeros años de vida del ser humano, diseñando políticas, programas y acciones educativas concretas que rescaten el rol activo de la madre, el padre y el bebé, más allá del ámbito médico. En este sentido, existe una figura que se aproxima al campo educativo, acompañando a las familias durante esta etapa desde una perspectiva biopsicosocial, denominada *doula*. Este trabajo tiene dos objetivos. El primero de ellos consiste en ofrecer una aproximación sobre investigaciones previas acerca del impacto que tiene el acompañamiento de las *doulas* y otras figuras en las familias, durante los tres periodos anteriormente citados. El segundo persigue establecer cuáles serían los elementos y las condiciones óptimas para el acompañamiento pedagógico durante las etapas en torno al nacimiento. El trabajo sigue un diseño descriptivo basado en la revisión de estudios previos. Como resultados principales se extraen posibles elementos y condiciones que podrían ser tomados en cuenta a la hora de diseñar una figura de acompañamiento desde el ámbito pedagógico. Se concluye que un adecuado acompañamiento pedagógico prenatal-nacimiento y postnatal necesita de contextos educativos donde se prime la

relación y colaboración recíproca, el vínculo y la creación de un espacio seguro, por encima de la transmisión de información y conocimientos.

Palabras clave

Doula, pedagogía prenatal, nacimiento, postnatal, acompañamiento pedagógico, biopsicosocial.

I. Introducción

En una sociedad en la que la concepción, la gestación y el nacimiento se han medicalizado hasta ser considerados prácticamente como una patología, se está volviendo a la necesidad de prestar atención al inicio de la vida desde otra mirada. Diferentes campos científicos, entre ellos la educación, están acentuando la importancia que tiene el *periodo primal*, es decir la etapa entre la concepción y el final de la primera infancia, para el desarrollo futuro como adultos y como sociedad (Odent, 2015).

El proceso –lento, pero cada vez más extenso– de producción de nuevo conocimiento desde ramas como, la Psicobiología (Pryce y Feldon, 2003; Del Cerro, 2017), la Psiconeuroinmunología (Pruimboom, 2016), la Neurociencia (Craig y Baucum, 2009; Lupien et al., 2009; Campos, 2010), la Psicología (Verny y Kelly, 1981) la Antropología (Blázquez, 2005) e incluso la Economía (Heckman, 2000) acerca de las fases en torno al nacimiento, está contribuyendo al diseño de nuevos marcos conceptuales que permitan conocer mejor las implicaciones que este periodo del ser humano tiene en la edad adulta. Este contexto sitúa a la Pedagogía, ante la oportunidad de proporcionar nuevas respuestas a una etapa a la que hasta ahora le ha dado la espalda. Coincidiendo con De la Herrán (2015) existe poca investigación sobre educación prenatal realizada desde la Pedagogía. Hablar de Pedagogía Prenatal sería marcar un hito en la historia de la Pedagogía, pues implica un cambio en la concepción de la “Educación Infantil” que hasta este momento hace referencia únicamente, al periodo posterior al nacimiento.

Siguiendo a Campos (2010) la vida intrauterina y la primera infancia son etapas cruciales en el desarrollo del ser humano. En ella se asientan los cimientos para los aprendizajes posteriores, resultantes de la sinergia entre un código genético y las experiencias de interacción con el ambiente. Demostrada la importancia del periodo prenatal, la forma de venir al mundo y los primeros años de vida, parecería obvio que existieran acciones sistémicas educativas que atendieran al ser humano durante este período. Sin embargo, esto dista mucho de la realidad y diferentes entidades (OMS, Agencia de Cooperación Internacional) han alarmado sobre la práctica continua en el mundo pre-post natal, de cuidados y usos de tecnologías inapropiados. En este sentido, los programas de Educación prenatal, según Gútiez (2016), contarían con diferentes técnicas y estrategias para utilizar durante la gestación por profesionales o por la propia madre. Sin embargo, en el presente trabajo, el foco no se centrará en lo anterior, sino en un constructo que se considera la columna vertebral de cualquier programa que pretenda atender esta etapa de la vida: el acompañamiento. Coincidiendo con Martínez y González (2010) acompañar desde la Pedagogía, evoca un sentido de integración, de estar con la persona, de vivenciar conjuntamente experiencias y sentimientos, en condición de iguales, desde horizontes compartidos.

Desde lo anterior, se realizará una revisión de investigaciones existentes sobre diferentes procesos de acompañamiento en esta etapa, principalmente desde la figura de la *doula* ya que, como constatan algunos autores (Hunter, 2000; Soto et al., 2006) es el rol existente en la actualidad, más similar a un acompañamiento pedagógico en torno al nacimiento. Posteriormente, se extraerán algunas características principales para el diseño de un programa de acompañamiento pedagógico a la madre, el bebé y a la pareja en el inicio de la vida.

La figura de la *doula*, entendida como una mujer con experiencia que acompaña a la mujer embarazada hasta el nacimiento, no es una práctica nueva. Existen estudios antropológicos de 128 culturas de cazadores-recolectores o agrícolas en los que se constata que las mujeres contaban con el apoyo emocional de otras mujeres durante el parto (Klaus et al., 2002). Según Montes (2007), la madre, además de estar acompañada por su pareja o familiares, ha sido tradicionalmente acompañada por otra figura, una persona considerada como experta que, dependiendo de aspectos como el contexto geográfico, los valores religiosos y culturales, las decisiones políticas y económicas ha variado según el tiempo histórico.

Sin embargo, en las últimas décadas, en la sociedad de los países desarrollados, el apoyo a la mujer durante esta etapa se ha convertido en la excepción en lugar de la norma. La medicalización del parto y la tecnificación del inicio de la vida han dado lugar a un vacío en cuanto a los roles de acompañamiento.

El término *doula* deriva etimológicamente de una palabra griega que significa “sirvienta” (ICEA, 1999) y fue utilizado por primera vez por Raphael (1973) para describir a una mujer que proporcionaba atención en el posparto. En 1980 la revista médica, *New England Medical Journal*, publicó una investigación realizada por Sosa et al. (1980) sobre los efectos del apoyo de una mujer, denominada *doula*, y su influencia en la duración del parto y la interacción posterior entre la madre y el bebé. Utilizaron una muestra de 103 madres embarazadas en el grupo de control y 33 pertenecientes al grupo experimental. Demostraron que el periodo de tiempo entre la admisión y el nacimiento fue más corto para las mujeres del grupo experimental y que las madres que fueron acompañadas por una *doula* estuvieron más despiertas después del parto y acariciaron, sonrieron y hablaron con sus bebés más que las del grupo de control. Tras estos resultados, sugirieron que

del apoyo emocional y físico durante el nacimiento, se derivan importantes beneficios perinatales. Este estudio y posterior organización institucional (DONA Internacional¹⁵) marcan un hito en la recuperación del rol de acompañamiento en torno al nacimiento.

Hoy, la emergencia del rol de la *doula* cobra pleno sentido, en un contexto en el que identificamos tres características principales en torno al periodo prenatal, nacimiento y postnatal. En primer lugar, la cultura actual ha dado la espalda a los 266 días previos al nacimiento, coincidiendo con Luna (2012) un periodo decisivo que va a determinar buena parte de nuestra existencia y que se denomina Cultura Prenatal.

Segundo, actualmente existe cierto debate entre aquellas visiones tradicionales que contemplan una atención medicalizada del parto y un nuevo movimiento que defiende su humanización (Akrich, 2004). Al hablar de humanización del parto se persigue situar la capacidad de elección de las mujeres y la autodeterminación, como el centro de los cambios institucionales en la atención al nacimiento. Desde esta perspectiva, la información y asesoramiento que reciba la mujer son fundamentales. Esta característica se relaciona con el concepto definido por Hofmeyr et al. (1991) sobre “ambiente duro”, acerca de las condiciones de alumbramiento en los países desarrollados. En el hospital, las mujeres son sometidas a rutinas institucionales, altas tasas de intervención, personal desconocido, falta de privacidad, iluminación brillante y agujas. Dichos autores han concluido que una *doula*, “amortigua” este ambiente proporcionando apoyo y compañerismo continuo.

¹⁵ *Doulas of North America*. El neonatólogo Klaus y el pediatra Kenell fundaron en 1992 la organización con el objetivo de formar *doulas* capacitadas para apoyar a las familias durante el parto y el postparto. DONA International (DONA) es en la actualidad una de las organizaciones de *doulas* más grandes en los Estados Unidos.

A continuación, se presenta una figura en la que se sintetizan tres variables antecedentes o contextuales, entendidas en una doble dimensión: (a) en un nivel independiente, como todo aquel conjunto de factores que enmarcan y condicionan las tres etapas en la sociedad actual y (b) en un nivel dependiente, las variables que condicionan los tres momentos en la vivencia de los sujetos involucrados:

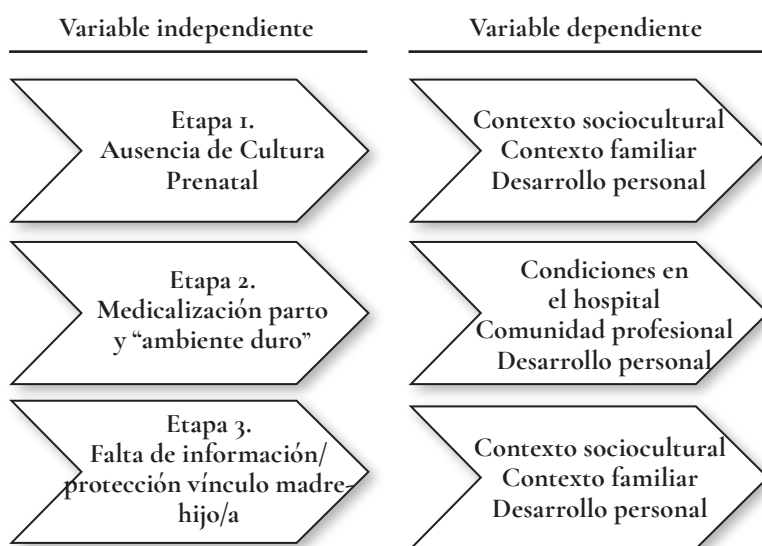


Figura 1. Relación de variables contextuales para el acompañamiento pre- postnatal y nacimiento.

2. Desarrollo

Para llevar a cabo este trabajo, se realizó una revisión bibliográfica de carácter descriptivo de estudios previos, con el fin de seleccionar y analizar información relativa al tema de investigación, proporcionando una perspectiva de conjunto (Icart, 1994).

Las fases en las que se estructuró la revisión fueron las siguientes: definición de los objetivos, consulta de bases de datos y fuentes documentales, establecimiento de la estrategia de búsqueda, especificación de los criterios de selección de documentos, organización de la información, presentación de resultados y discusión de los mismos (Guirao, 2008).

En un primer momento se inició la consulta a través del buscador “google scholar”. Posteriormente se accedió a bases de datos especializadas tales como: PubMed, ScienceDirect, Cochrane, Medline y Thomson Reuters.

Una vez seleccionadas las bases de datos, se eligieron los descriptores optando por los siguientes: acompañamiento prenatal, parto¹⁶, posnatal y *doula*. El periodo temporal que se tuvo en cuenta fue desde el primer estudio de estas características llevado a cabo por Klaus y Kennell (1980) hasta la actualidad. En este aspecto, para esta primera revisión se ha realizado un barrido general, seleccionando aquellas investigaciones que eran más citadas en las webs sobre asociaciones o instituciones de *doulas*¹⁷.

¹⁶ Como se habrá podido observar en este artículo se menciona constantemente el concepto de nacimiento y sólo se habla de parto en el momento de recurrir a un concepto útil para la revisión bibliográfica. El motivo es que se considera, siguiendo a Hinojosa, que el término nacimiento establece la atención en torno al bebe, mientras que el parto es lo que vive la madre y la experiencia, aunque muy intensa para ambos, puede ser muy distinta.

¹⁷ Páginas webs consultadas de EEUU, España, Inglaterra, Francia, Italia y Ecuador orientadas al acompañamiento pre-postnatal y nacimiento. Se referencian en la bibliografía.

Todos los artículos encontrados fueron en lengua inglesa y se priorizaron aquellos que informaron sobre resultados de una investigación original, aunque se tuvieron en cuenta algunos meta-análisis y revisiones. Se excluyeron los trabajos que no proporcionaban información adicional. Finalmente se seleccionaron 23 artículos científicos y se complementó la información con 5 tesis doctorales.

3. Resultados

Sin la pretensión de realizar una revisión exhaustiva de las investigaciones efectuadas en el ámbito del acompañamiento en torno al nacimiento, a continuación, se presentan diferentes estudios que tienen como nexo de unión el análisis del acompañamiento en torno a la etapa prenatal, nacimiento o postnatal.

Tabla 1: Selección de investigaciones que abordan el acompañamiento durante la etapa Prenatal.

Etapa	Autores	Estudio	Tema/Interés
Prenatal	Berry, L.M. (1988)	Realistic Expectations of the Labor Coach.	Estudio sobre el estrés que genera en los padres la responsabilidad de asistir y entrenar a sus cónyuges en la labor de parto.
	Lauzon L. y Hodnett E. (1998)	Antenatal education for self-diagnosis of the onset of active labour at term	Diseñar un programa para enseñar a las mujeres a reconocer el inicio del trabajo de parto activo, con el fin de reducir la incidencia del ingreso temprano en el hospital, aumentar la confianza, los sentimientos de control y reducir la ansiedad.
	Palmer, L. y Carty, E. (2006)	Deciding When It's Labor: The Experience of Women Who Have Received Antepartum Care at Home for Preterm Labor.	Las mujeres que presentan riesgo de parto prematuro tienen dificultades para reconocer los síntomas que conducirán efectivamente al parto prematuro y por ello no buscan ayuda a tiempo. Se plantea un programa educativo que les ayude a resolver esta dificultad.
	Gagnon, A. y Sandall, J. (2007)	Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both.	Evaluación de los efectos de la educación prenatal a futuros padres sobre la adquisición del conocimiento, la ansiedad, el sentido del control, el dolor, el parto, la lactancia materna, las habilidades de cuidado infantil y el ajuste psicológico y social.

Muestra	Técnica	Resultados
<p>40 padres entre los 19 y los 38 años de edad. University Halifax, Nova Scotia, Canada.</p>	<p>Cuestionario</p>	<p>-Las mujeres cuyos maridos asisten durante el parto experimentan menos dolor, menos necesidad de medicación y menos trabajo. - El acompañamiento causa estrés a algunos padres.- El 85% de los hombres manifestaron que estaban preocupados por sus funciones como acompañantes de sus parejas, sintiendo que la demanda de la situación superaba sus habilidades. -Posibilidad de que el estrés de los hombres reduzca si se les dijera que la responsabilidad del acompañamiento recaerá sobre otra persona, como por ejemplo una enfermera.</p>
<p>Ensayos aleatorios que compararon una intervención estructurada de Educación Prenatal para la identificación de síntomas. 245 mujeres involucradas en los estudios.</p>	<p>Revisión de artículos</p>	<p>-Un programa específico de Educación Prenatal se asoció con una reducción en el número promedio de visitas a la sala de parto antes del inicio del trabajo -No está claro si esto favoreció que menos mujeres fueran enviadas a su domicilio porque no estaban en trabajo de parto. -No hay suficientes pruebas para evaluar el uso de un conjunto específico de criterios para el autodiagnóstico del trabajo de parto activo.</p>
<p>22 mujeres que recibieron atención prenatal en casa para el parto prematuro y que habían sido diagnosticadas en el hospital antes de las 34 semanas de gestación. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Canada.</p>	<p>Observación</p>	<p>-Existe dificultad en reconocer los síntomas del parto prematuro. -Se establecen algunas regularidades en los síntomas que podrían determinar el parto prematuro, mediante el estudio empírico de la muestra establecida. Se considera que identificarlos podría ayudar a las mujeres en esta situación. -Concluyeron que algunas mujeres tienen un conocimiento propio con respecto a los síntomas que podrían determinar el parto prematuro. Sin embargo, las mujeres no confían en el mismo. La educación de las mujeres podría ayudarlas a reconocer e interpretar sus síntomas.</p>
<p>9 ensayos aleatorios controlados del Grupo Cochrane de Embarazo, relativos a cualquier programa educativo prenatal, en los que participaron un total de 2.284 mujeres.</p>	<p>Revisión de investigaciones.</p>	<p>-Los programas de educación prenatal incluyen aspectos que ayudan a los padres a comprender sus propias necesidades sociales, emocionales, psicológicas y físicas durante esta etapa. -Los enfoques comunes que se identificaron en la literatura sobre este tema fueron los métodos de "parto natural" (Dick-Read 1933) y psicoprofilaxis (Lamaze, 1958). -Más allá de los programas educativos una metodología muy común identificada es la de grupos de apoyo de mujeres. -Los estudios sobre programas educativos prenatales demuestran la adquisición de conocimientos acerca del parto pero no los efectos que conllevan en el proceso.</p>

Tabla 2: Selección de investigaciones que abordan el acompañamiento durante el Nacimiento.

Etapa	Autores	Estudio	Tema/Interés
Nacimiento	Sosa, R., Kenell, J., Klaus, M., Robertson, S. y Urrutia, J. (1980).	The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction.	Se estudió por primera vez los efectos que el acompañamiento de una <i>doula</i> puede tener en la duración del parto y la interacción madre-bebe.
	Hodnett, E. y Osborn, R. (1989).	A Randomized Trial of the Effects of Monitrice Support During Labor: Mothers' Views Two to Four Weeks Postpartum.	Se comparan dos métodos de atención: método A que involucra atención prenatal y apoyo postparto (profesional) y el método B caracterizado por proporcionar apoyo prenatal e intraparto adicional (social).
	Bertchs, L. Nagashima-Whalen, S. Dykeman, J., Kennell, H. y McGrath, S. (1990).	Labor support by first-time fathers: direct observations with a comparison to experienced doulas.	Tomando como punto de partida que los padres prestan apoyo en el trabajo de parto a 4 de cada 5 mujeres en EEUU, este estudio examina el comportamiento de 14 parejas durante el mismo, comparando el apoyo proporcionado por doulas y parejas.
	McGrath, S., Kennell, J., Suresh, M, Moise, K. y Hinkley, C. (1995).	Doula Support Vs Epidural Analgesia: Impact on Cesarean Rates.	Frente al uso/abuso de la anestesia epidural administrada rutinariamente en EEUU en esta investigación se compara los efectos perinatales del uso de epidural frente al apoyo de una <i>doula</i> .
	Campero, L., García, C., Díaz, C., Ortiz, O., Reynoso, S. y Langer, A. (1998).	"Alone. I wouldn't have known what to do": a qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico".	Recoge las percepciones, sentimientos y opiniones de las mujeres sobre su propio parto, el tratamiento que recibieron en el hospital, etc.

Muestra	Técnica	Resultados
Mujeres primerizas.103 madres en el grupo control y 33 en el grupo experimental.Hospital de Guatemala.	Cuestionario.	<p>-El tiempo entre la admisión y el parto fue más corto en el grupo de las madres que contaron con el apoyo de una <i>doula</i>.</p> <p>-Se comprobó que las madres que recibieron el apoyo de una <i>doula</i> estuvieron más despiertas tras el parto y por tanto acariciaron y sonrieron más al bebé.</p>
103 mujeres asignadas al azar divididas en dos grupos. Hospital de Toronto. Canadá	Cuestionario LAS (Labour Agency Scale).	<p>-Los resultados se dividieron en 4 categorías: medidas de confort físico, apoyo emocional, información y abogacía. En todas se evidencian diferencias significativas.</p> <p>-Se analizaron los resultados obstétricos. Este estudio sugiere que las diferencias entre el apoyo social y profesional durante el trabajo de parto, puede no estar enraizada en las acciones <i>per se</i>, sino en la naturaleza de la relación entre el cuidador y el receptor y los significados que este último proporciona a las acciones.</p>
14 mujeres nulíparas que planeaban que el padre estuviera presente en el momento del parto. Hospital Universitario de Cleveland, Ohio. EEUU	Observación y cuestionario	<p>-Los padres mostraron comportamientos significativamente diferentes a las <i>doulas</i> en todas las categorías sobre la conducta de apoyo. A excepción de las tomas de mano en la que los padres alcanzaron mayor frecuencia que las <i>doulas</i>.</p> <p>-Las <i>doulas</i> invirtieron más tiempo en el parto tardío que en el parto prematuro en aspectos como hablar y alentar a la madre, masajear, acariciar. Mayor presencia.- El 40% indicó que sus parejas les acompañaron mejor de lo que ellas esperaban. El 50% indicó que fue como esperaban y sólo un 10% indicó que el apoyo de sus parejas fue peor de lo esperado. El 63% indicó que su labor fue útil y todos pensaron que esta experiencia fortaleció la relación de pareja.</p>
531 mujeres embarazadas primerizas de bajo riesgo. Hospital Universitario de Houston. EEUU	Observación y entrevistas.	<p>-Las pacientes que tuvieron el acompañamiento de una <i>doula</i> mostraron resultados perinatales significativamente: menor uso de anestesia epidural, menos pitocina, menos madres que desarrollaron fiebre, menos uso de fórceps y un número extremadamente bajo de cesáreas. El apoyo continuo a la <i>doula</i> ofreció un alivio adecuado del dolor y redujo la necesidad de cesárea.</p>
16 mujeres embarazadas, diferenciando de nuevo entre 8 mujeres que fueron acompañadas por una <i>doula</i> y 8 que no. México	Entrevista.	<p>La diferencia más importante entre los dos grupos entrevistados fue la forma en la que expresaron sus sentimientos sobre el parto, su sentido de control y autopercepción. Se señala que al disponer de más información son capaces de aprender sobre lo que sucede en su cuerpo y procesar mejor la experiencia, convirtiéndose en sujetos activos.</p>

Tabla 2: Selección de investigaciones que abordan el acompañamiento durante el Nacimiento. (continuación)

Etapa	Autores	Estudio	Tema/Interés
Nacimiento	Manning-Orenstein, G. (1998).	A birth intervention: the therapeutic effects of Doula support versus Lamaze preparation on first-time mothers' working models of caregiving.	Se comparan dos modelos de cuidado durante la labor de parto: el apoyo de la <i>doula</i> frente al modelo de cuidado <i>Lamaze</i> ¹⁷ .
	Gordon, N.P., Walton, D., McAdam, E., Derman, J., Gallitero, G., y Garrett, L. (1999).	Effects of providing hospital-based doulas in health maintenance organizations.	A los 30 minutos de ingreso, las mujeres fueron asignadas al azar para recibir atención doula. Entre la 4 y 6 semanas posparto, se realizó una entrevista para conocer su experiencia.
	Ip Wy (2000).	Chinese husbands' presence during labour: a preliminary study in Hong Kong.	Se analiza si la presencia del padre ayuda a disminuir la ansiedad materna y mejora los resultados obstétricos.
	Sauls, D. J. (2002).	Effects of labor support on mothers, babies, and birth outcomes.	Proporciona una visión general sobre la investigación cuantitativa relacionada con el efecto del apoyo en el parto, en la madre y en el feto.
	Abramson, R. S. Altfeld, y J. Teibloom-Mishkin. 2000, (2004).	The Critical Moment and the Passage of Time: Reflections on Community-Based Doula Support.	Descripción de un programa comunitario de apoyo al nacimiento y la crianza a través de la figura de la doula.

¹⁷ El método Lamaze es la técnica de preparación para el parto más antigua y popular de los Estados Unidos, que se popularizó a finales de la década de 1950 y fue nombrada por el obstetra francés Dr. Fernand Lamaze. El Dr. Lamaze abrazó una nueva filosofía con respecto al parto, alejándose de la práctica estándar donde la madre fue anestesiada antes del parto, mientras que el padre permaneció en la sala de espera. En cambio, el Dr. Lamaze se acercó al parto como un evento compartido entre ambos padres, donde la madre permanecía despierta y “respiraba” sus contracciones para elevar su nivel de tolerancia al dolor.

Muestra	Técnica	Resultados
35 madres primerizas.	Cuestionario Pre-test y Post-test.	<p>- Las madres que tuvieron apoyo de una <i>doula</i> se sintieron menos indefensas frente a los modelos de trabajo en el hospital.</p> <p>-Las madres con <i>doula</i> mostraron mayor seguridad que las madres del grupo Lamaze. Se mostraron menos emocionales y con mejores niveles de autoestima.</p> <p>-Las mujeres con <i>doula</i> clasificaron a sus bebés como significativamente menos exigentes que las madres del grupo <i>Lamaze</i>.</p>
232 mujeres recibieron el apoyo de una <i>doula</i> y 246 recibieron atención rutinaria. 3 hospitales del Norte de California. EEUU	Entrevista	<p>-Las mujeres que recibieron apoyo de una <i>doula</i> presentaron menor probabilidad de usar anestesia epidural.</p> <p>-No se encontraron diferencias significativas en las tasas de parto por cesárea, el uso de oxitocina, analgesia, o la decisión de amamantar.</p> <p>-El 96% de las mujeres consideraron que las <i>doulas</i> les ayudaron a lograr una experiencia satisfactoria y contarían con una para futuros nacimientos.</p>
63 madres primerizas chinas Hospital de Hong Kong, China	Cuestionario Pre-test y Post-test.	<p>-Se detectaron pocas diferencias entre los dos grupos. (padres que acompañaron y padres ausentes)</p> <p>-Los resultados sugieren que no se puede suponer que la presencia de la pareja conducirá a mejores resultados para las mujeres chinas durante el trabajo de parto</p>
Más de 30 informes publicados en 5 países: EEUU Guatemala, Sudáfrica, Canadá y México.	Revisión de investigaciones.	<p>-La mayoría de los estudios revisados tiene limitaciones, sin embargo muestra evidencias de los efectos beneficiosos del apoyo durante el parto</p> <p>-El más poderoso de estos efectos ocurre cuando la compañera/o de nacimiento es una persona adicional a la figura de la enfermera.</p>
Proyecto piloto colaborativo en Chicago (Chicago Health Connection) desarrollado en tres agencias comunitarias. En este estudio participaron 286 mujeres jóvenes de origen hispano y afroamericano	Cuestionario. Observación. Entrevista. Focus Group.	<p>Los resultados del Programa Piloto mostraron que:</p> <p>Las participantes adolescentes de comunidades marginadas tuvieron tasas de cesárea significativamente menores. Menor tasa de parto con epidurales y un 80% iniciaron la lactancia materna</p> <p>Reportaron más madres que sostenían y hablaban con el bebé.</p>

Tabla 2: Selección de investigaciones que abordan el acompañamiento durante el Nacimiento. (continuación)

Etapa	Autores	Estudio	Tema/Interés
Nacimiento	Koumouitzes-Douvia, J., y Carr, C. A. (2006).	Women's Perceptions of Their Doula Support.	Estudio cualitativo que exploró las percepciones de las mujeres sobre el apoyo de la <i>doula</i> .
	Papagni, K. y Buckner, E. (2006).	Doula Support and Attitudes of Intrapartum Nurses: A Qualitative Study from the Patient's Perspective.	El propósito de este estudio fue examinar el nivel de aceptación que las enfermeras mostraron sobre el apoyo de la <i>doula</i> durante el parto según lo percibido por la parturienta.
	McGrath, S. K., & Kennell, J. H. (2008).	A Randomized Controlled Trial of Continuous Labor Support for Middle-Class Couples: Effect on Cesarean Delivery Rates.	El objetivo fue examinar los efectos perinatales del apoyo de una <i>doula</i> en mujeres acompañadas por un compañero durante el trabajo de parto.
	Steel, A., Frawley, J., Admas, J. y Diezel, H. (2014).	Trained or professional doulas in the support and care of pregnant and birthing women: a critical integrative review.	El objetivo de esta revisión fue evaluar críticamente los resultados encontrados por investigaciones empíricas recientes sobre los cuidados profesionales que proporcionan las <i>doulas</i> .

Muestra	Técnica	Resultados
<p>Fueron 12 mujeres que tuvieron partos hospitalarios con el apoyo de una <i>doula</i> certificada. Washington. EEUU.</p>	<p>Entrevista en profundidad</p>	<p>Los hallazgos sugieren que las <i>doulas</i> fueron beneficiosas en múltiples áreas: proporcionando soporte exclusivo y adaptado para satisfacer las necesidades específicas de cada mujer y en el logro de la experiencia de nacimiento que deseaban. 11 de los 12 participantes del estudio informaron que elegirían tener una <i>doula</i> otra vez y todos informaron que recomendarían a otra mujer tener una <i>doula</i>.</p>
<p>9 mujeres caucásicas. Hospital en Alabama. EEUU</p>	<p>Cuestionario</p>	<p>-Algunas enfermeras perciben el papel de la <i>doula</i> como positivo e incluso creen que les facilita sus responsabilidades. Otras las perciben en términos negativos -4 de las 9 mujeres encuestadas revelaron que el apoyo de la <i>doula</i> fue visto por la enfermera con animadversión y resentimiento.</p>
<p>420 mujeres. 224 mujeres grupo experimental con apoyo de una <i>doula</i>. Hospital Universitario Cleveland. Ohio. EEUU.</p>	<p>Observación y cuestionario</p>	<p>-El grupo que tuvo el apoyo de una <i>doula</i> mostró una tasa de cesárea significativamente más baja que el grupo control y menos mujeres recibieron epidural. -Entre las mujeres con trabajo inducido, las que recibieron el apoyo de una <i>doula</i> tuvieron una menor tasa de cesárea. -El 100% de las parejas con apoyo de una <i>doula</i> calificaron positivamente su experiencia.</p>
<p>48 artículos publicados entre 1980 y marzo de 2013.</p>	<p>Revisión de investigaciones</p>	<p>-Demuestra que entre 2008 y 2013 ha existido un incremento en la investigación sobre el apoyo de las <i>doulas</i>, con un total de 28 estudios examinados. -Los hallazgos de las investigaciones revisadas podrían agruparse en torno a 4 categorías descriptivas: mano de obra y cuestiones profesionales, el papel y las habilidades de la <i>doula</i>, los resultados médicos a través de la atención <i>doulas</i> y resultados psicosociales.</p>

Tabla 3: Selección de investigaciones que abordan el acompañamiento durante la etapa Postnatal.

Etapa	Autores	Estudio	Tema/Interés
Posnatal	West, C.P. (1980)	Factors influencing the duration of breast-feeding.	Duración de la lactancia y regularidades en las causas para la interrupción.
	Cronenwet, L.R. (1985)	Parental network structure and perceived support after birth of first child.	El propósito de este estudio fue determinar los cambios en las relaciones de hombres y mujeres con los miembros de su entorno social durante el período comprendido entre el tercer trimestre del embarazo y los nueve meses posparto. Además se analizó el apoyo brindado por las relaciones sociales en cuanto al nivel de estrés vivido en este periodo
	Locicero, A. K., Weiss, D. M., y Issokson, D. (1997)	Postpartum depression: Proposal for prevention through an integrated care and support network.	Modelo de prevención a través de atención y apoyo integrados, en el que se utiliza una amplia gama de servicios existentes para la prevención de la depresión posparto.

Muestra	Técnica	Resultados
<p>239 madres en los primeros 6 meses de lactancia.</p> <p>Pabellón de Maternidad Memorial Simpson. Edimburgo. Reino Unido</p>	<p>Cuestionario. Post test</p>	<p>-23% de las madres dejaron de amamantar en las primeras 6 semanas y el 10% de suplementar la alimentación de sus hijos. No influyó en estas tasas que fueran madres primerizas. La clase social si fue un elemento influyente.</p> <p>-El 58% de las madres acudieron a comadronas para pedir ayuda sobre la lactancia. Destaca la importancia que tiene la educación y el apoyo durante los primeros meses de lactancia para la continuidad de la misma.</p>
<p>108 sujetos en el tercer trimestre del embarazo, 92 sujetos a los 5 meses posparto y 69 sujetos a los 8 meses posparto.</p> <p>Dartmouth Hitchcock Medical Center, Hanover, Alemania.</p>	<p>Cuestionario.</p>	<p>-La relación de los padres con los abuelos de los niños resulta beneficiosa para algunos, mientras que para otros aumenta los niveles de estrés.</p> <p>-Los padres al tener un hijo comienzan a relacionarse más con otros padres.</p> <p>-Entre el 67% y el 91% de las mujeres indicaron la necesidad de apoyo durante los primeros 5 meses después del parto.</p> <p>-Entre el 63% y el 85% de los padres y madres indicaron satisfacción con el apoyo recibido.</p> <p>-La relación conyugal fue percibida como la mayor fuente de apoyo a la vez que la mayor fuente de estrés.</p> <p>-La abuela materna fue vista como la fuente de mayor apoyo.</p> <p>-También resultaron ser importante fuente de apoyo los parientes de edades similares y amigos con hijos.</p>
<p>American Psychological Association. New York. EEUU.</p>	<p>Estudio de caso</p>	<p>-Entre el 10% y el 20% de las madres sufren depresión posparto en los primeros meses.</p> <p>-Los síntomas pueden ser:</p> <p>la irritabilidad, la tristeza inconsolable, la idea suicida, la hipertensión, el sueño y / o la perturbación del apetito, síntomas físicos, la pérdida de interés en las actividades usualmente disfrutadas, excesivo miedo y ansiedad.</p> <p>-Las causas de esta depresión pueden ser clasificadas en cinco categorías: biológicas, psicodinámicas, cognitivas, de desarrollo y de la vida. Este es un fenómeno complejo pues está compuesto por aspectos internos y externos.</p> <p>-La mayor parte de estudios y servicios relacionados al tema se dirigen a la cura y no a la prevención.</p> <p>-Frente a ello surge la propuesta de una "Red Integrada de Atención y Apoyo" que facilite el acceso a diferentes servicios de apoyo pre y posnatal, con el objetivo de prevenir la depresión posparto, a partir del reconocimiento de la complejidad de la misma.</p>

Tabla 3: Selección de investigaciones que abordan el acompañamiento durante la etapa Postnatal. (continuación)

Etapa	Autores	Estudio	Tema/Interés
Posnatal	Meyer, B. A., Arnold, J. A., & Pascali-Bonaro, D. (2001)	Social Support by Doulas During Labor and the Early Postpartum Period.	Estudio sobre el beneficio de tener el acompañamiento de una <i>doula</i> antes del parto, durante y en el periodo postparto
	Muñoz, R. F., Le, H. N., Ippen, C. G., Diaz, M. A., Urizar Jr, G. G., Soto, J., Mendelson, T., Delucchi, K. y Lieberman, A.F. (2007).	Prevention of Postpartum Depression in Low-Income Women: Development of the Mamás y Bebés/ Mothers and Babies Course	Describe el desarrollo y la evaluación preliminar de una intervención para la depresión posparto y para garantizar la calidad de la relación madre-hijo.
	Campbell, D., Scott, K.D., Klaus, M.H. y Falk, M. (2007)	Female Relatives or Friends Trained as Labor Doulas: Outcomes at 6 to 8 Weeks Postpartum.	El objetivo de este trabajo fue examinar los efectos a largo plazo del apoyo de la doula hasta las 6 ^a y la 8 ^a semana.

Muestra	Técnica	Resultados
	Revisión de estudios.	<p>-El apoyo social y emocional puede prevenir el abuso y el abandono infantil. Puede ser un factor de protección para evitar la depresión</p> <p>-La <i>doula</i> ha sido capacitada para brindar apoyo físico, emocional y educativo continuo a la mujer. Muchas son madres aunque la maternidad no es un requisito previo. Puede ser contratada para hacer visitas en la casa, enseñar técnicas de amamantamiento y orientar a los nuevos padres.</p>
Se intervino con un grupo de 41 mujeres. Hospital Público Urbano. California. EEUU	Entrevistas/ Terapia grupal	<p>-Las mujeres latinas fueron consideradas como uno de los sectores de mayor riesgo del que se seleccionó la muestra.</p> <p>-Las teorías del apego indican que prevenir la depresión puede favorecer la calidad de la relación madre-hijo.</p> <p>-Los resultados demostraron un impacto positivo en la prevención de la depresión posparto.</p>
600 mujeres nulíparas. Hospital Terciario de Atención Perinatal. Nueva Jersey. EEUU.	Cuestionario	<p>-Las mujeres con apoyo de una <i>doula</i> estuvieron más propensas a describirse satisfechas con su habilidad para atender a sus niños y describieron que estos lloraban menos con respecto al otro grupo. Presentaron niveles de autoestima significativamente más altos con respecto al otro grupo.</p> <p>-No se pudieron demostrar grandes variaciones entre los dos grupos con respecto a la lactancia.</p>

De la revisión efectuada, se observa que los estudios que abordan el acompañamiento durante la etapa del nacimiento son los que más representación y continuidad poseen en el tiempo. Fue más difícil encontrar investigaciones relacionadas con la etapa prenatal y postnatal. En cuanto a los tipos de estudio presentados en su mayoría son de carácter experimental y cuasi-experimental, evidenciando un predominio del enfoque cuantitativo sobre el cualitativo. En cuanto al contexto de investigación, la gran parte de los trabajos se han realizado en contextos médicos y/o hospitalarios.

Con respecto al tipo de muestra, casi la totalidad de estudios se centran en la figura de la madre, aunque algunos toman en cuenta también al padre. El tipo de muestra se justifica desde dos características: madres inmigrantes o madres primerizas. Ello demuestra que las investigaciones están orientadas a poblaciones consideradas en riesgo o con mayor índice de complicaciones en torno al parto, lo cual manifiesta la ausencia de generalización sobre el acompañamiento.

Por otro lado, las investigaciones incluidas en esta revisión han sido publicadas en lengua inglesa. Sin embargo, se ha evidenciado que en lengua española existen estudios sobre acompañamiento y *doulas*, en revistas del continente latinoamericano, principalmente en Chile. La revisión bibliográfica realizada, manifiesta que la indagación sobre los procesos de acompañamiento durante esta etapa, tienen una escasa presencia en el contexto español.

En relación al acompañamiento, los estudios se diversifican en dos categorías principalmente: los que investigan el acompañamiento desde el concepto *doula* y los que centran el análisis en conceptos como: apoyo continuo/adicional, cuidado, entorno, intervención o red. Además, dos trabajos se centran en analizar el acompañamiento desde la figura del padre. Se constata que algunos dirigen su pregunta de investigación directamente a

comparar diferentes tipos de acompañamiento, por ejemplo entre padres y *doulas* (Bertchs. et al. 1990) o entre *doulas* y enfermeras (Papagni y Buckner, 2006).

Finalmente, se ha evidenciado que el acompañamiento puede no ser positivo o constituirse como fuente adicional de estrés cuando no se realiza de manera consciente (Cronenwet, 1985, Wy, 2000). Todos los estudios que analizan la figura de la *doula* y sus efectos sobre este periodo, coinciden en señalar algún beneficio biopsicosocial para la madre, la pareja y el bebé evidenciando en los estudios experimentales la reducción del número de cesáreas y del uso de anestesia epidural.

De este análisis caben definirse elementos para un posible *acompañamiento pedagógico* centrado en la *doula*. Como se ha podido comprobar, los estudios presentados definen a la *doula* como una mujer con experiencia en maternidad que brinda apoyo en diferentes aspectos biopsicosociales a las madres y a las familias, para garantizar que la experiencia en torno al nacimiento sea lo más satisfactoria posible. Fruto de esta revisión se ha determinado que la principal herramienta de trabajo utilizada por la *doula* es la relación individualizada y continua con la familia y en especial con la madre. Además, se debe asentar en una relación de confianza. Coincidiendo con Hunter (2007), cuando se acompaña a una mujer embarazada y le muestras que te interesa le estás comunicando que ella es digna de amor. Para entender que ella puede amar a su bebé, primero debe sentirse digna de ser amada (p.129).

Así pues, la relación supera cualquier rol médico (intervencionista) o la mera transmisión de conocimientos o información. El acompañamiento pedagógico involucraría, por tanto, un trayecto complejo en el que, desde un sentido compartido, una persona con madurez y conocimientos en este ámbito transita con otra persona proporcionando apoyo

emocional, información para la toma de decisiones, soporte físico, etc. Coincidiendo con Meyer et al. (2001) la *doula* adquiere las siguientes responsabilidades en su relación con la mujer:

- Presencia familiar ininterrumpida durante todo el parto.
- Garantizar el respeto de la experiencia de vida de la mujer.
- Proveer a la mujer apoyo emocional.
- Proveer instrucciones acerca de técnicas de confort.
- Facilitar una comunicación positiva entre la mujer, el personal médico y la pareja.
- Promover la lactancia materna en el periodo posterior al parto.

De lo anterior se puede deducir que las competencias que debería adquirir la persona que realice el rol de acompañamiento pedagógico, no sólo debería definirse en la adquisición de conocimientos multidisciplinares sino, además, en integrar una alta madurez socio-afectiva y con experiencia referencial propia sobre el contexto prenatal, nacimiento y postnatal.

Apoyado en las investigaciones revisadas, también se ha comprobado que, entre la *doula*, la madre, el bebé y la pareja se genera una relación horizontal de colaboración en la que según Hunter (2007) “a menudo se vuelve complicado distinguir quien “enseña” y quien “aprende”, ambas colaboran en la resistencia a cierta intervención médica” (p. 125). Esto implica referirse a algo más que participar en un programa académico o una intervención educativa. Hablar de acompañamiento pedagógico supondría la creación de un contexto relacional en el que se fomenten vínculos, principios y perspectivas compartidas, favoreciendo el desarrollo satisfactorio de los seres humanos involucrados en el escenario pedagógico.

Por tanto, el acompañamiento pedagógico se concebiría como un proceso y no como una intervención, buscando que todos los sujetos que atraviesan esta etapa lo transiten conscientemente, apoyados por un/a profesional con más experiencia y con conocimientos interdisciplinarios, capaz de generar vínculos basados en el respeto y la confianza.

4. Conclusiones

Se concluye constatando la importancia de diseñar contextos educativos que faciliten un acompañamiento pedagógico a la madre, bebé y pareja en el momento de la vida objeto de estudio. Se ha evidenciado como, desde la figura de la *doula*, se pueden extraer características próximas a una relación pedagógica que permita superar la creación de un programa educativo basado en la transferencia o implantación de conocimiento desde el ámbito académico y se aproxime más a la creación de vínculo y el diseño de un espacio seguro.

Siendo conscientes de las limitaciones del presente trabajo, se considera que el creciente interés suscitado en la sociedad actual por superar un modelo de concepción, nacimiento y crianza industrializado y medicalizado, debería conducir a interrogantes también desde el ámbito de la Pedagogía que respondan a esta demanda. A través de conceptos como el propuesto en esta revisión, se pretende promover el diseño de un nuevo paradigma educativo a un paradigma educativo compatible con el propósito de humanizar el inicio de la vida y las siguientes etapas.

5. Referencias

- Abramson, R. (2004). The Critical Moment and the Passage of Time: Reflections on Community-Based Doula Support. *International Journal of Childbirth Education*, 19 (4), 34-35.
- Alarcon, I. (2014). Las *doulas* apoyan a las mamás antes, durante y después del parto. *El Comercio-Ecuador*. Descargado el día 10 enero 2017, <http://www.elcomercio.com/tendencias/doulas-apoyo-mamas-parto-embarazo.html>
- Association Doulas de France. Consultado el 23 enero 2017, <http://doulas.info/>
- Associazione Doule Italia. Consultado 23 enero 2017, <http://www.douleitalia.it>
- Asociación Española de Doulas (AED). Recuperado de <http://aedoulas.blogspot.com.es/>
- Berry, L. M. (1988). Realistic Expectations of the Labor Coach. *Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing*, 17 (5): 354-355
- Bertsch, T., Nagashima-Whalcn, L., Dykeman, S., Kennell, J. & McGrath, S. (1990). Labor support by first-time fathers: direct observations with a comparison to experienced doulas. *Journal of Psychosomatic, Obstetrics & Gynecology*, 11 (4): 251-260.
- Blázquez, I. (2005). Aproximación a la Antropología de la Reproducción. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 42: 1-25.
- Bruce, J. (1989). Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. *Studies in Family Planning*, 21 (2): 61-69.
- Callister, L., Corbett, C., Reed, S., Tomao, C. & Thornton, K. (2010). Giving Birth. The Voices of Ecuadorian Women. *Journal Perinatal Neonatal Nursing*, 24 (2): 146-154.
- Campbell, D., Scott, K. D., Klaus, MH. & Falk, M. (2007). Female Relatives or Friends Trained as Labor Doulas: Outcomes at 6 to 8 Weeks Postpartum. *Birth*, 34 (3): 220-228.

- Campero, L., Garcia, C., Diaz, O., Ortiz, S., Reynoso, S. & Alone, L. A. (1998). I wouldn't have known what to do": a qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico. *Social Science & Medicine*, 47 (3): 395-403.
- Campos, A. L. (2010). *Primera infancia: Una mirada desde la Neuroeducación*. Organización de los Estados Americanos: Cerebrum.
- Carlson, B. M. (2014). *Embriología Humana y Biología del Desarrollo*. España: ELSEVIER.
- Chalán Quizhpe, L. V. & Guamán Chalán, M. Y. (2014). *Concepciones y prácticas en la atención del embarazo, parto y postparto de las parteras tradicionales en las comunidades indígenas de Saraguro, Loja, 2014*. Ecuador: Universidad de Cuenca.
- Chalmers, B. & Wolman, W. (1993). Social support in labor - a selective review. *RightsLink*. 14 (1): 1-15.
- Christopher R. Pryce, J. (2003). Long-term neurobehavioural impact of the postnatal environment in rats: manipulations, effects and mediating mechanisms. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27 (1-2): 57-71.
- Craig, G. J. & Baucum, D. (2009). *Desarrollo Psicológico*. (J. C. Pecina Hernández, Trans.) México: Prentice - Hall.
- Cronewett, L. (1985). Parental Network Structure And Perceived Support After Birth of First Child. *Nursing Research*, 34 (6): 347-352.
- Diloné, H. A. (2010). Acompañamiento pedagógico y profesionalización docente: sentido y perspectiva. *Ciencia y Sociedad*, XXXV (3): 521-541.
- Dona Internacional. Recuperado de <https://www.dona.org/>
- Doulas.es. Recuperado de <http://doulas.es/>
- Doula UK. Recuperado de <https://doula.org.uk/>

- Gagnon, A. & Sandall, J. (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2007*, 18 (3):1-30.
- Gilliland, A. (2011). After praise and encouragement: Emotional support strategies used by birth doulas in the USA and Canada. *Midwifery*, 27 (4): 525-531.
- Gordon, N. P. (1999). Effects of providing hospital-based doulas in health maintenance organizations. *Obstet Gynecol*, 93 (3): 422-426.
- Gruber, K. J., Cupito, S. H. & Dobson, C. F. (2013). Impact of doulas on healthy birth outcomes. *The Journal of Perinatal Education*, 22 (1): 49-58.
- Guirao-Goris, J., Olmedo, A. & Ferrer, E. (2008). El artículo de revisión. *RidEC Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 1 (1): 1-25.
- Gútiez, P. (2016). Neurociencia y educación prenatal: nuevas contribuciones. *Apuntes de Pedagogía. "Hacia una Pedagogía Prenatal"*. 14-16.
- Herrán Gascón, A. (2015). Educación prenatal y Pedagogía prenatal. *Revista Iberoamericana de Educación*, 69 (1): 9-38. Recuperado de www.rieoei.org/deloslectores/7195.pdf
- Hinojosa, A. (2013). El impacto de nacer. Recuperado de <http://pdn.pangea.org/el-impacto-de-nacer/el-nacimiento/>
- Hodnett, E. D. (2001). Caregiver support for women during childbirth (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford.
- Hodnett, E., Gates, S., Hofmeyr, G. & Sakala, C. (2005). Continuous Support for Women During Childbirth. *The Cochrane Library*.
- Hodnett, H. & Osborn, R. (1989). A Randomized Trial of the Effects of Monitrice Support During Labor: Mothers' Views Two to Four Weeks Postpartum. *Birth*, 16 (4):177-183.

- Hunter, C. (2007). *The doula as educator: Labor embodiment, and intimacy in childbirth*. Indiana University.
- Hutton, E. (1985). *The Relationships Among Human Support During Childbirth, Use of Pharmacological Support, and Maternal Childbirth Satisfaction*. Toronto: Unpublished Master's degree thesis, University of Toronto.
- Icart, M. T. (1994). El artículo de revisión. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 4 (4):180-184.
- ICEA. (1999). ICEA Position Paper: The Role and Scope of the Doula. *International Journal of Childbirth Education*; 14 (1): 38.
- Kardong-Edgren, S. (2001). Using evidence-based practice to improve intrapartum care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 30 (4): 371-375.
- Kitzinger, S. (1990). Birth and violence against women. Generating hypotheses from women's accounts of unhappiness after childbirth. *Women's Health Matters*, 63-80.
- Klaus, M. & Kennel, J. (1997). The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Paediatr*, 86 (10) 1034-1036.
- Klaus, M., Kennel, J., & Klaus, P. (2002). *The Doula Book*. Perseus Publishing.
- Koumouitzes-Douvia, J. & Carr, C. (2006). Women's Perceptions of Their Doula Support. *The Journal of Perinatal Education*, 15 (4): 34-40.
- La Primavera. Maternidad Clínica. Recuperado de <http://nacerconamor.ec/>
- Lauzon, L. & Hodnett, E. (1998). Educación prenatal para el autodiagnóstico del inicio del trabajo de parto activo a término (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 4 (3).
- Lociero, A. & Weiss, D. (1997). Postpartum depression: Proposal for prevention through an integrated care and support network. *Applied & Preventive Psychology*, 6 (4) 169-178.

- Luna, J. (2012). Aproximación antropológica a la cultura prenatal: conceptos y teorías para una aplicación en el País Vasco. *Zainak*, 35, 215-236.
- Manning, G. (1998). A birth intervention: the therapeutic effects of Doula support versus Lamaze preparation on first-time mothers' working models of caregiving. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 4 (4): 73-81.
- McGrath, S., & Kennell, J. (2008). A Randomized Controlled Trial of Continuous Labor Support for Middle-Class Couples: Effect on Cesarean Delivery Rates. *Birth*, 35 (2): 92-97.
- McGrath, S., Kennell, J., Suresh, M., Moise, K., & Clark, H. (1999). Doula Support Vs Epidural Analgesia: Impact on Cesarean Rates. *The American Pediatric Society and The Society for Pediatric Research*, 45: 16A-16A.
- Meyer, B. A., Arnold, J. A., & Pascali-Bonaro, D. (2001). Social support by doulas during labor and the early postpartum period. *Hospital Physician*, 57-65.
- Ministerio de Educación del Ecuador. (2014). *Currículo de Educación Inicial*. Quito: Ministerio de Educación del Ecuador.
- Montes, M. (2007). Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Tarragona: Tesis Doctoral. Universitat Rovira i Virgili.
- Muñoz, R. F., Le, H.-N., Ippen, C. G., Diaz, M. A., Urizar Jr., G., Soto, J., Mendelson T., Delucchi K., Lieberman, A. (2007). Prevention of Postpartum Depression in Low-Income Women: Development of the Mamás y Bebés/Mothers and Babies Course. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14 (1): 70-83
- Odent, M. (2015). *El bebé es un mamífero*. Tenerife: OB STARE.
- Organización de los Estados Americanos (OEA). (2010). *Primera infancia: una mirada desde la Neuroeducación*. Perú: Cerebrum.

- Palmer, L. & Carty, E. (2006). Deciding When It's Labor: The Experience of Women Who Have Received Antepartum Care at Home for Preterm Labor. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(4): 509-515.
- Papagni, K. & Buckner, E. (2006). Doula Support and Attitudes of Intrapartum Nurses: A Qualitative Study from the Patient's Perspective. *The Journal of Perinatal Education*, 15 (1): 11-18.
- Pérez Cabrera, I. & Castañeda Godínez, C. (2012). Antecedentes Históricos de las Parteras en México. *Enfermería Avanza*.
- Pruiomboom, L, Ruiz-Núñez, B, Raison, CH. & Frits, A.J. (2016). Influence of a 10-Day Mimic of Our Ancient Lifestyle on Anthropometrics and Parameters of Metabolism and Inflammation: The "Study of Origin". *BioMed Research International*. Vol. 2016 (2016), 9.
- Red Mundial de Doulas. Recuperado de <http://www.redmundialdedoulas.com>
- Rice, P. F. (1997). *Desarrollo Humano. Estudio del ciclo vital*. (M. E. Ortiz Salinas, Trans.) Mexico: Pearson. Prentice Hall.
- Rodríguez Bonito, R. (2012). *Manual de Neonatología*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Rodríguez Del Cerro, M. (2017). *Conducta Parental*. Universidad Autónoma de Barcelona: Material elaborado para el Máster en Psicobiología y Neurociencia Cognitiva.
- Rosselli, M. (2012). Maduración cerebral y desarrollo cognoscitivo. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2003, vol.1, pp.125-144.
- Sauls, D. J. (2002). Effects of labor support on mothers, babies, and birth outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 31(6): 733-741.

- Sosa, R., Kennel, J., Klaus, M., Robertson, S. & Urrutia, J. (1980). The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. *The New England Journal of Medicine*, 303 (11): 597-600.
- Steel, A., Frawley, J., Adams, J. & Diezel, H. (2014). Trained or professional doulas in the support and care of pregnant and birthing women: a critical integrative review. *Health and Social Care in the Community*, 23 (3): 225-241.
- Verny, T. & Kelly, J. (1981). *La vida secreta del niño antes de nacer*. Barcelona: Urano.
- West, C. P. (1980). Factors influencing the duration of breast-feeding. *Journal of biosocial science*, 12 (03): 325-332.
- WY, I. (2000). Chinese husbands' presence during labour: a preliminary study in Hong Kong. *International Journal of nursing practice*, 6 (2): 89-96.

EDUCACIÓN PERINATAL CON SANITARIOS DE UN SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

Resumen

1. Introducción
2. Marco teórico
 - 2.1. ¿Cómo surge el Programa Abrazo?
 - 2.2. Necesidades del personal sanitario
 - 2.3. Insights de enfermería
3. Diseño de la investigación
4. Resultados
5. Conclusiones
6. Referencias

EDUCACIÓN PERINATAL CON SANITARIOS DE UN SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

Evelyn Cano Giménez

Resumen

El nacimiento de un bebé que es ingresado de forma inmediata en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, supone un brusco cambio de vida en los padres, ya que esta situación se produce de forma inesperada. Ninguna pareja (familia), está preparada para afrontar este tipo de situación a la que se ven sometidos. Durante el ingreso del bebé van a sufrir una serie de acontecimientos, es decir, lo que ayer eran buenas noticias hoy no lo son, y esta situación les lleva a vivir en una constante montaña rusa de sentimientos. Por todas estas situaciones que se ven sometidos los padres de estrés y ansiedad hace que no sepan cómo pueden cuidar y afrontar esta situación de la mejor forma posible. Por este motivo, es muy importante dar apoyo emocional desde el primer momento a los padres y dotarles de herramientas para que aprendan cómo manejar esta situación a la que se han visto involucrados de una forma repentina. Por este motivo, es importante una educación prenatal a los padres, cuyo objetivo consiste en potenciar las capacidades de desarrollo y bienestar de dichos niños, y favorecer la adaptación mutua de la familia y el niño, así como su autonomía.

Palabras clave

Neonatología, educación prenatal, desarrollo, estrés y ansiedad.

1. Introducción

En el mundo occidental, todos los recién nacidos que nacen antes de tiempo o nacen con un problema grave en el nacimiento son ingresados de forma inmediata en un Servicio de Neonatología. En las últimas décadas, ha habido un gran desarrollo, no sólo en el concepto y la tecnología, sino también en la forma de trabajo en los Servicios de Neonatología, en las que fundamentalmente se encuentran niños prematuros. Gracias al progreso y a la aportación de los avances tecnológicos incorporados a la medicina, hemos podido asistir, a un aumento de las tasas de supervivencia. Este esfuerzo dirigido al neonato grave ha traído como efecto, una importante drástica reducción de la mortalidad neonatal, obteniendo grandes avances particularmente en los niños con malformaciones congénitas y de muy bajo peso, niños que hasta los años 70 morían sin posibilidades.

2. Marco teórico

Ninguna pareja está preparada para tener un hijo que nazca y sea ingresado de forma inmediata en la Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) (Arockiasamy, Holsti y Albersheim, 2008), y esto, sin duda, ejerce un efecto sobre la forma de abordar y afrontar el inesperado nacimiento del hijo, su obligada estancia en el hospital y su posterior desarrollo. Cuando un recién nacido nace en estas condiciones, es muy probable que los médicos decidan su ingreso de forma programada o inesperada, durante un tiempo indeterminado, lo que supone ya una separación de la recién creada familia quedando el recién nacido en manos de desconocidos y los padres haciéndose múltiples preguntas sobre lo que pueda acontecer a continuación. Una vez allí, el tipo de vida al que se va a enfrentar éste y los familiares que lo cuidan va a cambiar de modo radical, dado que el entorno en el que se van a desenvolver dista mucho de ser el que habían imaginado inicialmente.

En la actualidad, debemos valorar a cada familia de forma individualizada porque cada una tiene una vivencia diferente de la situación que está sufriendo, ya que tanto los momentos como la situación de partida, son diferentes. Por un lado, tenemos a madres que ingresan en la planta de alto riesgo por amenaza de parto prematuro, otras que ingresan también en la misma planta con un diagnóstico prenatal, otras que ingresan directamente en el paritorio y, por último, aquellos recién nacidos que ingresan desde la planta de obstetricia o una vez dada el alta hasta los 27 días de vida del recién nacido. Muchas de estas situaciones suponen un cambio importante en su plan de vida que ni imaginaban que podía llegar a ocurrirles a ellos.

Los padres, cuando entran por primera vez al Servicio de Neonatología, están pues desconcertados, abrumados por la situación. Se encuentran en un entorno tecnificado, desconocido, rodeados de personas que, aunque lleguen posteriormente a conocer bien, en esos primeros instantes le son desconocidas, lo que en conjunto les lleva directamente a un estado de conmoción. Además, tienen que asimilar la nueva situación a la que se ven sometidos de una forma repentina y que distaba mucho de lo que habían imaginado.

El nuevo entorno, los sonidos de alarmas que no conocen y que sienten como amenazantes, el equipamiento, la presencia de tanto personal sanitario que cambia con cada turno de trabajo, la paralización de la dinámica familiar (padres, hermanos, abuelos, etc.) y, en ocasiones, hasta el desplazamiento a otra ciudad donde no residen, junto con la situación y visión de su hijo solo dentro de una incubadora y rodeado de cables y tubos, son algunas de las razones que hacen que se sientan extraños y abrumados. Todo ello hace que en definitiva estén viviendo una auténtica pesadilla y sientan cómo pierden el control de su rol como padres.

Ante esta perspectiva de futuro incierto, se puede deducir que a los padres se les exige en muy poco tiempo que se adapten y acepten un trance muy complicado, porque no es solamente comprender y asumir una realidad, sino también tomar conciencia de la posibilidad de enfrentarse a secuelas a largo plazo, de modo que una consecuencia lógica es la aparición de estrés y ansiedad. Para los padres el hecho de tener un bebé enfermo supone un proceso complejo, que afrontarán con más o menos eficacia, en el cual se mezclan emociones ambivalentes, sentimientos de culpa, de pérdida, de fracaso, angustia, frustración y rechazo.

Habíamos imaginado un niño sano con el que compartir nuestras vidas y lo que estamos viviendo es una pesadilla, desasosiego, incertidumbre porque no sabemos qué le va a pasar, si sobrevivirá y si esa supervivencia será sin secuelas que puedan alterar su vida recién estrenada y las nuestras a medio construir. Cada vez que algún médico se acerca, sentimos por un lado tranquilidad porque nos informa pero, por otro lado, pensamos que nos va a informar de algo malo o que le tienen que hacer más pruebas que le van a doler una vez más. Sentimos que le tenemos que proteger, que tendría que estar con nosotros.

Los actuales Servicios de Neonatología disponen de modernos equipos y monitores y cuentan con la presencia permanente de un equipo de neonatólogos, enfermeras y auxiliares capacitados para atender cualquier situación que pueda presentarse a nivel clínico. Además, es frecuente ver otros especialistas que completan la atención del recién nacido con patologías diversas: cardiólogos, cirujanos, oftalmólogos, radiólogos, etc.

2.1. ¿Cómo surge el Programa Abrazo?

Cuando estaba realizando mi tesina, titulada: “*Niños prematuros nacidos con menos de 1.500 gramos: su desarrollo y relación con el estrés parental*”, me percaté que los padres se venían abajo recordando cómo fue todo el proceso que vivieron, desde que

recibieron la primera noticia hasta el alta del niño. Todas las madres verbalizaban lo mismo, que no habían tenido un apoyo, que estaban perdidas, que hacían caso a todo lo que le decían los profesionales y que eran incapaces de tomar decisiones simples. Entonces me pregunté, ¿hay una persona especializada y formada dentro de un Servicio de Neonatología que de forma inmediata y permanente pueda prestar apoyo emocional a los padres, a sus familias y a la misma vez sea un nexo de unión con el personal sanitario? La respuesta es NO. ¿El personal sanitario está preparado para ayudar emocionalmente a los padres?

Por todas las situaciones descritas anteriormente, el objetivo del “*Programa Abrazo*” consiste en: humanizar, acoger, recibir, acompañar y dar apoyo emocional a los padres y sus familias desde el principio, para minimizar así las dificultades que experimentan los padres cuando tienen que enfrentarse a esta situación, disminuyendo así los niveles de estrés y ansiedad, mejorando a largo plazo el desarrollo del niño.

Además, está centrado en dotar al personal sanitario de herramientas emocionales, lo que llamaríamos una “educación prenatal” para el abordaje del día a día con las familias de estos niños.

Este proyecto, se centra en cuidar a los padres y al cuidador, es decir, al personal sanitario que está día a día a pie de cuna viviendo situaciones emocionales extremas, en muchas ocasiones.

2.2. Necesidades del personal sanitario

- No saben muy bien cómo actuar cuando vienen los padres por primera vez al Servicio para conocer a su hijo.
- Demandan recibir formación en aspectos psicológicos para realizar un correcto abordaje emocional con las familias.

- En las carreras/especialidades no hay formación específica para tratar a la familia.
- Enfermería: Carencia de herramientas para la gestión emocional de los padres (no formación)
- Actuaciones basadas en la experiencia.
- Soluciones adaptadas a sus situaciones particulares, de su formación y contexto.
- La visibilidad de cara a los padres puede incomodar a las enfermeras.
- Formación y gestión del duelo.
- Dar malas noticias.
- Abordaje de los padres en el día a día.

2.3. Insights de enfermería

¿Cómo lo gestiona emocionalmente? ¿Comparte sus emociones con sus compañeros?, ¿Pide ayuda?, ¿Sabe cómo gestionarlo?

- **Lo vivo como si fuera mío**, como mujer me pongo en su situación. Compartirlo con los compañeros ayuda mucho, pero **me gustaría tener más información y recibir**
- No sé gestionarlo, sí comparto mis emociones, si pido ayuda y no sé cómo gestionarlo. ayuda, para poder ayudar mejor y **sentirme más útil en estos casos**. Trato de formarme e informarme
- **Faltan herramientas**, es personal lo comparto pero **lo gestiono a veces sin apoyo**
- Lo comparto con compañeros y los más cercanos, pero **me faltan herramientas para ello**.
- **Lo gestiono como puedo**. Seguramente sufriendo más de lo que debería.
- Lo hablo con mis compañeros. **No sé cómo llegar al corazón de los padres**.

- Me cuesta no reparar el terreno personal del profesional y estoy unos días hablando del duelo. No pido ayuda. Lo verbalizo en casa con mi familia. **No sé gestionarlo.**
- Me desahogo con los compañeros pero **no sé que decir a los padres.** Opto por no decir nada para no meter la pata.
- No suelo pedir ayuda, autogestiono mis emociones sin compartirlas con los demás y esto sé que me es contraproducente porque acabo explotando en el momento menos pensado. **Necesito herramientas para poder gestionar mis emociones y ayudar a los padres.**
- Si veo que la familia está muy afectada a veces me cuesta no derrumbarme con ellos y ocultar mis emociones. Siempre explico las situaciones difíciles a mis compañeros y familia pero **agradecería más recursos para ir afrontando mejor estas situaciones de duelo y difícil gestión emocional.**
- Sobre todo al principio es difícil gestionarlo. Considero que **hay que compartirlo y buscar ayuda porque como profesional es una parte que también afecta mucho y creo que influye en la forma de trabajar.**

3. Diseño de la investigación

Después de lo descrito anteriormente, se implantó el Proyecto Abrazo en el Hospital Clínic (Barcelona) y el hospital Miguel Servet (Zaragoza).

Los objetivos fueron los siguientes:

- Recopilar información de cada Hospital. Entendiendo el funcionamiento interno de cada uno de ellos.
- Elaborar un **plan de acción** para cada Hospital cubriendo sus necesidades concretas.

- Dotar al personal sanitario de herramientas psicológicas que les ayuden en su interacción con los padres a diario.
- Docencia dirigida a profesionales.
- Medir con encuestas pre y post del impacto del Proyecto Abrazo en cada Hospital.

Antes de comenzar con la formación a los profesionales sanitarios (neonatólogos, enfermeras y auxiliares de enfermería), se les pasó unos cuestionarios para medir el impacto del Proyecto Abrazo en cada Hospital. Este cuestionario está diseñado para ayudar a los profesionales a cómo gestionan el impacto emocional que supone para los padres independientemente del motivo del ingreso de su hijo/a en un Servicio de Neonatología.

Después de la formación del Proyecto Abrazo a los profesionales, se les volvió a pasar otro cuestionario para medir si la formación recibida le ha sido de utilidad en su trabajo en el día a día en el Servicio de Neonatología.

El programa de formación pedagógica fue:

- ¿Cómo me encuentro en la Unidad?
- Estrés, ansiedad y depresión parental en una Unidad Neonatal. Situación actual en España.
- Herramientas para la gestión emocional por parte del personal sanitario. Educación prenatal.
- “Proyecto Abrazo”: Estrategias para ayudar a los padres a disminuir el estrés y la ansiedad desde el ingreso del recién nacido en la Unidad de Neonatología hasta el alta del mismo, “educación prenatal”.
- Taller Duelo.

Tabla 1: Participantes

	Encuestas
Hospital Clínic (Barcelona)	27
Auxiliar de enfermería	5
Enfermería	18
Médicos	4
Hospital Miguel Servet (Zaragoza)	31
Auxiliar de enfermería	10
Enfermería	21
Número total de encuestas	58

4. Resultados

En cuanto a los resultados del cuestionario de inicio antes de la formación pedagógica fueron los siguientes:

¿Dispone de herramientas para gestionar las emociones de los padres?

Las auxiliares de enfermería respondieron un 33% que desconocían de herramientas para gestionar las emociones de los padres y un 67% las desconocían. Los médicos, un 25% decían que las desconocían, un 25% no las conocían y un 50% las conocían. En cuanto a las enfermeras, un 33% no las conocían, un 38% las desconocían y un 28% las conocían.

¿Se ha sentido en alguna ocasión impotente por no saber cómo ayudar a los padres?

Las auxiliares de enfermería respondieron un 13% que no, mientras un 87% respondieron que sí. Los médicos, un 25% decían que no, mientras un 75% respondió que sí. En cuanto a las enfermeras, un 5% contestaron que no, mientras un 95% respondió que sí.

A la hora de comunicar una mala noticia, ¿considera relevante la forma en la que se debe dirigir a los padres?

Las auxiliares de enfermería y los médicos respondieron el 100% que sí. En cuanto a las enfermeras, un 3% contestaron que no, mientras un 97% respondió que sí.

En cuanto a los resultados del cuestionario al final de la formación pedagógica fueron los siguientes.

¿Cree que dispone de más herramientas de las que disponía para gestionar las emociones de los padres?

Las auxiliares de enfermería respondieron un 29% que no, mientras un 70% respondieron que sí. Los médicos, un 20% decían que no, mientras un 80% respondió que sí. En cuanto a las enfermeras, un 23% contestaron que no, mientras un 77% respondió que sí.

¿Se siente más seguro a la hora de ayudar a los padres?

Las auxiliares de enfermería respondieron un 29% que no, mientras un 71% respondieron que sí. Los médicos, un 20% decían que no, mientras un 80% respondió que sí. En cuanto a las enfermeras, un 31% contestaron que no, mientras un 69% respondió que sí.

A la hora de comunicar una mala noticia, ¿tiene más en cuenta el entorno, las circunstancias a la hora de dirigirse a los padres?

Las auxiliares de enfermería respondieron un 100% que sí. Los médicos, un 100% respondió que sí. En cuanto a las enfermeras, un 14% contestaron que no, mientras un 86% respondió que sí.

¿Dispone ahora de más herramientas para enfrentarse al abordaje emocional del día a día con los padres (comunicación, gestión de estrés, etc.)?

Las auxiliares de enfermería respondieron un 23% que no, mientras un 77% contestaron que sí. Los médicos, un 20% decían que no, mientras un 80% respondió que sí. En cuanto a las enfermeras, un 20% contestaron que no, mientras un 80% respondió que sí.

Y en cuanto a usted, a la hora de enfrentar el duelo, ¿se siente más preparado para gestionarlo?

Las auxiliares de enfermería respondieron un 33% que no, mientras un 67% contestaron que sí. Los médicos, un 25% decían que no, mientras un 75% respondió que sí. En cuanto a las enfermeras, un 50% contestaron que no, mientras un 50% respondió que sí.

¿Recomendaría el Proyecto Abrazo a otros hospitales?

Las auxiliares de enfermería respondieron un 7% que no, mientras un 93% contestaron que sí. Los médicos respondieron un 100% que sí. En cuanto a las enfermeras, un 3% contestaron que no, mientras un 97% respondió que sí.

5. Conclusiones

A modo de conclusión podemos afirmar que el 100% considera que le ayudaría disponer de herramientas adecuadas para dirigirse a los padres (comunicación en el día a día, gestión de estrés de los padres y el personal sanitario, dar malas noticias, gestión del duelo, etc.).

Este proyecto logra disminuir los niveles de estrés y ansiedad en los padres, ya que con la formación recibida saben cómo actuar en cada momento. Además, el personal se siente más capacitado a la hora de tratar a las familias en el día a día y de este modo

reducen el estrés y la ansiedad en determinados momentos que sufren en el ingreso del recién nacido. Además, mejora en el clima laboral del personal sanitario.

Por tanto, la puesta en marcha del “Proyecto Abrazo”, pone de relieve la importancia de humanizar y de prestar un apoyo emocional a los padres desde el primer momento hasta el alta del niño, convirtiéndose en un medio eficaz y valioso que permite mejorar el desarrollo de los niños que nacen con riesgo y la relación afectiva con sus familias. Además, se ha visto que las relaciones entre los distintos profesionales sanitarios que están relacionados con el recién nacido, mejoran las relaciones entre ellos y con las familias.

Por todo lo descrito anteriormente, podemos decir, que es imprescindible una “Educación Prenatal” para las familias de estos niños. Su **objetivo** consiste en potenciar las capacidades de desarrollo y bienestar de dichos niños, y favorecer la adaptación mutua de la familia y el niño, así como su autonomía (no olvidemos que la plasticidad neuronal juega un papel muy importante en la evolución de aquellos niños con determinados problemas en su desarrollo, mejorando favorablemente su diagnóstico, en definitiva “su futuro y el de su familia”). Para ello, se intenta fomentar que los padres y educadores que conozcan de forma anticipada las capacidades, peculiaridades y potencialidades de sus hijos, con el fin de que lleguen a saber cómo estimularlos. También se intenta detectar, lo más precozmente posible cualquier alteración del desarrollo y en su caso derivar, a los niños y sus familias, a los servicios pertinentes. Es importante, además, que exista una colaboración con las Escuelas Infantiles, y con el personal de distintos Centros para diseñar actividades que supongan una mejora para el desarrollo y educación de los niños y sus familias.

A aquellos niños que tengan que ser escolarizados y necesiten adaptaciones curriculares, se les realizará un informe con los apoyos que necesite el niño, por tanto se orientará a la familia a

aquellos centros que tengan esos apoyos, ya que en la actualidad la práctica totalidad de los colegios disponen de los mismos. Por ejemplo, aquel niño que se escolarice y lleve todavía pañal (independientemente del motivo del niño, por ejemplo, un niño autista), se les orientará a los padres aquel colegio que tenga apoyos: un profesor de Pedagogía Terapéutica (PT), profesor especialista en Audición y Lenguaje (AL), un auxiliar, etc., es decir, dependiendo de las necesidades del niño se darán las orientaciones pertinentes a la familia y a los centros donde asista el niño, de tal modo, que todos los profesionales vayamos en la misma línea de actuación con el niño y su familia.

Esta metodología de trabajo se enmarca dentro del ámbito de la prevención primaria en atención temprana que son todas aquellas estrategias que se ponen en marcha antes de que aparezca el trastorno y que se aplica en población general. En la actualidad, se detectan a niños con problemas graves en su desarrollo, una vez ya escolarizados, y esto a veces, es demasiado tarde. Este hecho, no podemos seguir dejando que ocurra, ya que su pronóstico a largo plazo puede variar considerablemente.

En definitiva, la conclusión que se extrae de todo este trabajo es que resulta esencial proporcionar a los padres una educación prenatal desde el primer momento para que les enseñe y anime a implicarse con sus hijos, ya que a veces ellos mismos no saben cómo actuar y a veces los profesionales llegamos demasiado tarde.

6. Referencias

- Arockiasamy, V., Holsti, L. y Albersheim, S. (2008). Father's experience in the neonatal intensive care unit: a search for control. *Pediatrics*, 121 (2), 215-22.
- Para más información: <http://www.evelyncano.com/>

Este libro es una llave preparada para ser introducida en dos cerraduras. La primera es la educación. La segunda es la Pedagogía, que la estudia e investiga. El objetivo es que ambas puertas se abran, por dos razones: por coherencia formativa y porque, de otro modo, sus campos quedarían incompletos.

Lo habitual es pensar y sostener que la primera infancia -desde la cuna- es la fase fundamental en la vida del ser humano. Por ejemplo, Marta Mata, presidenta del Consejo Escolar del Estado, decía que “los dos primeros años son la vida entera”. Pero es el momento de ir más allá y pensar, junto con los impulsores del Manifiesto “The 1001 Critical Days: The Importance of the Conception to Age Two Period”, que el periodo más condicionante son los aproximadamente 1000 primeros días, contando desde la concepción.

De ordinario, no se cae en la cuenta de que cada vez más descubrimientos científicos evidencian que el periodo prenatal es el más fundamental en la vida del ser humano. La literatura científica que respalda esta afirmación es bastante amplia, y aumenta a medida que más investigadores e instituciones académicas y científicas lo evidencian, dando soporte a la conciencia de su enorme potencial educativo.

En el periodo prenatal la persona construye las bases de su salud, de su afectividad, de su equilibrio, de sus capacidades de relación, de su inteligencia, de su creatividad. Lo hace por medio de los materiales físicos y psíquicos aportados por su madre y el entorno.

En el libro los lectores encontrarán contribuciones variadas, tanto profesionales como formativas, así como para la investigación.



editorial
redipe

www.rediberoamericanadepedagogia.com