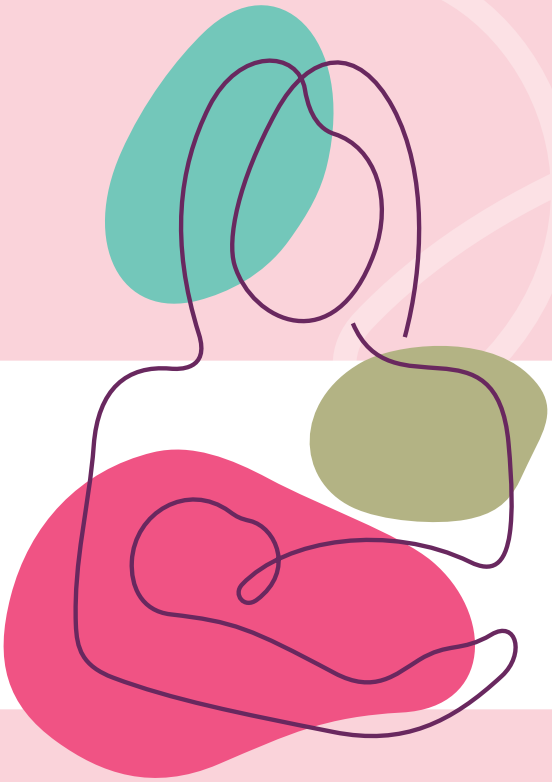
0

INTRODUCCIÓN



GUÍA PROFESIONAL

PARA LA EDUCACIÓN PARENTAL DURANTE

EL POSPARTO

Promueve
Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Mental.

Edita
Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Mental.
Servicio de Salud Poblacional.

Coordinación del documento
Elena Sánchez Huerta.
Técnica de Salud del Servicio de Salud Poblacional.
Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Metal.

Diseño y maquetación
Estudio Creativo We.

Impresión
Fotomecánica Principado.

Depósito legal
AS 03302-2025

Para citar el documento
Consejería de Salud.
Gobierno del Principado de Asturias.
Guía Profesional para la Educacion Parental durante el Embarazo y el Posparto.
Oviedo 2025.

Copías adicionales de este documento pueden obtenerse en versión electrónica a través de www.astursalud.es

Agradecimiento
A todas las personas que han colaborado en esta edición y en ediciones anteriores, sin las que este trabajo no habría sido posible, y a las entidades que han participado en su revisión.

A Inés Zamanillo Rojo, técnica de salud de la Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Mental, por su impulso y apoyo.

0

INTRODUCCIÓN

Índice

INTRODUCCIÓN	4
CARACTERÍSTICAS DEL MATERIAL	5
CÓMO DESARROLLAR LAS SESIONES	7
VALORACIÓN DEL PROGRAMA	9
INDICADORES	10

INTRODUCCIÓN

Estrategia de Salud
de las Mujeres de Asturias
2024 - 2030

La Estrategia de Salud de las Mujeres de Asturias 2024-2030 (en lo sucesivo ESMA) se enmarca dentro del compromiso político adquirido por el Gobierno del Principado de Asturias para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género.

Se trata de un documento muy exhaustivo que tiene como objetivo convertirse en "hoja de ruta" para mejorar la salud las mujeres de Asturias, desde los determinantes de la salud, con la desigualdad de género y la interseccionalidad como principales factores. En ella se establecen áreas de actuación, objetivos y acciones orientados a la mejora de la salud de las mujeres a través de la promoción de un modelo de atención sanitaria integral.

La salud reproductiva se encuentra entre las tres áreas primordiales de la ESMA. En este marco, se inició en 2024 la actualización de la Guía Profesional para la Educación Maternal-Paternal de Embarazo y Parto, cumpliendo así con las siguientes acciones:

Acción 3.5.6. Elaborar talleres y encuentros grupales de educación para la salud materna y de la criatura con enfoque multidisciplinar destinado a las familias durante el puerperio y que se incorpore como parte de la Guía Profesional para la Educación Maternal-Paternal del Embarazo y Parto, dando continuidad a la promoción de la salud durante todo el proceso reproductivo.

Acción 3.6.7. Incorporar dentro de los talleres grupales de educación para la salud durante el puerperio en el ámbito de Atención Primaria módulos dedicados a la lactancia materna, incluida técnicas de extracción y conservación de la leche materna.

Acción 3.8.1. Incorporar dentro de la Guía Profesional para la Educación Maternal-Paternal del Embarazo y Parto, un módulo sobre educación para la salud del suelo pélvico antes y después del parto.

Acción 4.1.3. Incorporar talleres educativos grupales sobre corresponsabilidad en los cuidados durante el embarazo y puerperio destinados a familias en Atención Primaria.

La nueva Guía Profesional para la Educación Parental, en sus dos vertientes, Embarazo y Posparto, se ha elaborado con el objetivo de actualizar la guía de 2016 y dotar de contenido estructurado a los grupos de apoyo al posparto que algunas matronas ya han puesto en marcha de forma voluntaria desde Atención Primaria.

Hasta ahora liderados por la matrona, estos nuevos grupos de apoyo al posparto nacen con el ánimo de ser multidisciplinares, de modo que todos y todas las profesionales que forman el equipo de Atención Primaria participen y den la bienvenida a la nueva familia que se inicia o se amplía con el nacimiento de cada bebé.

Esperamos que ilusione al equipo de Atención Primaria, de manera que cada uno/a participe en la medida de sus posibilidades. Los escenarios que se pueden dar en cada equipo de Atención Primaria son muchos.

Finalmente, es importante remarcar que la promoción de la salud en las familias y los materiales que se facilitan en la guía no deben estar reñidos con la necesidad de las familias de expresarse y compartir inquietudes. Es decir, en ningún caso queremos que se

pierda el sentido del "grupo de iguales como espacio de apoyo, aprendizaje y soporte". El mensaje que queremos trasladar no debe estar nunca por encima de las familias y sus intervenciones.

CARACTERÍSTICAS DEL MATERIAL

PROCESO DE ELABORACIÓN

Dada la importancia de la recuperación posparto y la adaptación a la maternidad, esta guía contempla no solo los conocimientos, sino también los sentimientos, las emociones y las habilidades necesarias para hacer frente a los aspectos fundamentales del puerperio.

Se deseaba que los contenidos dieran respuesta a las necesidades que expresan las mujeres y sus parejas, así como los y las profesionales de la salud. Así se reunió un grupo de trabajo multidisciplinar que realizó una revisión de los materiales recogidos en la anterior guía y elaboró otros nuevos. Posteriormente, el documento ha sido revisado por asociaciones colaboradoras del tercer sector.

OBJETIVOS

Este material pretende favorecer el desarrollo de tres dimensiones fundamentales en las madres y sus parejas o acompañantes de una forma integral:

- Dimensión actitudinal y emocional relacionada con cada fase del proceso de nacimiento: predisposición a aceptar los cambios en el propio cuerpo, la sexualidad y la relación con la pareja, disposición para ayudar a la criatura recién nacida a establecer el vínculo afectivo y aceptación de las implicaciones emocionales en la alimentación elegida para la criatura recién nacida.
- Dimensión comportamental que contempla el desarrollo de habilidades que permiten afrontar de una manera competente el proceso del posparto: técnicas de relajación, habilidades de relación y comunicación.
- Dimensión cognitiva relacionada con el posparto: conocimiento de los cambios del puerperio, las indicaciones de alarma, la alimentación y la higiene del bebé y la atención al propio cuerpo.

El desarrollo de este material en grupo ofrece a las personas participantes la oportunidad de:

- Compartir vivencias, satisfacciones y dudas.
- Sentirse parte de un colectivo que tiene los mismos intereses, deseos, necesidades y expectativas.
- Analizar las propias actitudes y contrastarlas con las de otras personas que se encuentran en su misma situación.
- Conseguir una visión más amplia y sensibilizada de determinados aspectos relacionados con el posparto.
- Comprender las diferentes formas de afrontar la maternidad según la situación particular de cada familia.
- Reflexionar sobre las propias reacciones ante situaciones nuevas.

Además, permite a los y las profesionales que imparten las sesiones aprender de las experiencias, sentimientos y opiniones de las mujeres y sus parejas o acompañantes.

ESTRUCTURA

El material de los grupos posparto consta de 8 sesiones, con una duración aproximada de 90-120 minutos cada una de ellas.

El material se ha estructurado siguiendo las acciones de la ESMA y las sugerencias de los y las profesionales que han participado en la elaboración de las sesiones.

Las sesiones están pensadas para desarrollarse según el orden en que se presentan, ya que se tiene en cuenta el estado de las mujeres cuando se inician los grupos posparto y sus necesidades a medida que avanzan en su adaptación. Si bien, no habría inconveniente en plantear los grupos posparto como grupos abiertos, en los que las mujeres se irían incorporando a las sesiones conforme den a luz a sus hijos/as. Todo dependerá de las posibilidades de cada centro de salud y del número de mujeres y parejas interesadas que se lleguen a juntar en un mismo momento.

Los temas se han distribuido en las sesiones siguientes:

Sesión 1. **RECUPERACIÓN FÍSICA POSPARTO**

Sesión 2. **SALUD MENTAL PERINATAL**

Sesión 3. **SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN EN EL POSPARTO**

Sesión 4. **CORRESPONSABILIDAD Y COEDUCACIÓN**

Sesión 5. **PRIMEROS AUXILIOS EN PEDIATRÍA PARA FAMILIAS**

Sesión 6. **SUEÑO Y MASAJE INFANTIL**

Sesión 7. **LACTANCIA Y DESTETE**

Sesión 8. **ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

Cada sesión consta de los apartados siguientes:

- Objetivo general
- Resultados del aprendizaje
- Tiempo
- Materiales
- Desarrollo práctico de la unidad
- Mensajes clave

TIPOS DE MATERIALES

Este material se ha elaborado considerando la importancia del trabajo conjunto de madres y parejas, y ofrece la oportunidad de compartir las experiencias y las vivencias individuales y grupales.

Presenta una nueva forma de trabajar: intercala las estrategias de trabajo didáctico individual y grupal, dando una nueva perspectiva a la parte de entrenamiento corporal.

La filosofía del trabajo corporal es transmitir habilidades; es decir, no se trata de ofrecer entrenamiento físico a las mujeres, sino de facilitar las herramientas y las habilidades adecuadas para que puedan trabajar de manera autónoma, con la finalidad de favorecer el bienestar de la mujer durante el posparto.

La Guía Profesional para la Educación Parental durante el Posparto se completa con el siguiente conjunto de materiales:

- Actividades para poner en práctica conceptos teóricos planteados, adquirir habilidades y entrenar actitudes de utilidad en el posparto.
- Material infográfico con el que reforzar los conceptos teóricos más importantes, traducibles a diferentes idiomas para así romper la barrera idiomática que nos separa de una parte de nuestra población migrante.
- Vídeos, con los que se ejemplarizar cuestiones prácticas, y que las familias podrán reproducir en sus domicilios.
- Otros anexos: enlaces a artículos, guías, cuestionarios de satisfacción...

CÓMO DESARROLLAR LAS SESIONES

PREPARACIÓN DE LA SESIÓN

El personal de Atención Primaria debe saber que dispone de 8 temas. Cada sesión aborda un tema y expone las orientaciones para su desarrollo idóneo, está temporalizada y presenta los recursos necesarios para su ejecución.

- Se recomienda seguir el orden establecido de las sesiones.
- Hay que leer el tema atentamente para conocer las actividades que deben desarrollarse y para tener presente el objetivo que se pretende conseguir con cada una de ellas.
- Es preciso seleccionar el material que se requiere para el desarrollo de la sesión.

PREPARACIÓN DEL GRUPO DE PARTICIPANTES

Para organizar un grupo es importante tener presentes algunas premisas:

- Composición del grupo. Es aconsejable que el número de personas que componen el grupo oscile entre 10 y 18. Es recomendable que se fomente la participación de las parejas. En su ausencia, se debe animar a la mujer a acudir con una persona de su confianza.
- Sería conveniente informar a las personas participantes detallando la planificación con las horas y los días de las sesiones.

CÓMO SE DESARROLLA LA SESIÓN

- Al inicio de cada sesión, la persona encargada del desarrollo de la misma se presentará al grupo y recordará la importancia de comenzar y acabar cada sesión puntualmente, para aprovechar óptimamente el tiempo disponible. En el supuesto de que haya nuevos o nuevas participantes en las sesiones, se presentarán al grupo, con una breve explicación sobre quiénes son. También es elemental informar a las personas asistentes que todo aquello que se trate en las sesiones permanecerá dentro del grupo y estará sujeto a las normas relativas a la confidencialidad.
- El tipo de relación que debería establecerse entre profesionales de la salud y participantes es la de colaboración y cooperación, y no la de profesor/a y alumno/a. El papel de los y las profesionales será de el de “facilitadores”. De esta manera las personas participantes recibirán mejor la ayuda que se les pretende ofrecer, a la vez que senti-

rán que sus experiencias son relevantes para el buen funcionamiento de la sesión. Se facilitará, pues, un ambiente basado en la confianza y ayuda mutuas, sin imposiciones..

- Después de la presentación, se procederá a exponer los objetivos de la sesión y el índice correspondiente a las actividades.
- Se animará a las personas asistentes a participar haciendo preguntas y expresando sus dudas respecto a los temas tratados durante la sesión.
- Al final de cada sesión, se evaluará, entre todas las personas participantes y el/la profesional facilitador/a, si se han logrado los objetivos planteados.

QUÉ HACER DURANTE LA SESIÓN

Es conveniente que la sesión sea dirigida y estructurada, pero con un cierto margen de flexibilidad. Asimismo, el personal sanitario debe permanecer atento a las señales que el grupo pueda dar para ir adaptando las actividades según corresponda.

Uno de los elementos más importantes es que el/la profesional tenga claro cómo debe dar la información al grupo y, por este motivo, es importante que conozca bien la sesión.

Las normas deben ser sencillas, claras y concretas. Se debe informar del tiempo del que disponen para realizar cada actividad.

QUÉ HACER DESPUÉS DE CADA SESIÓN

Se debe intentar que todas las personas participantes salgan satisfechas de la sesión, tanto las mujeres como sus parejas o acompañantes. En caso de que alguien se haya sentido incomprendido, conviene solucionar esta cuestión, hablándolo con la persona implicada.

Los y las profesionales que facilitan el grupo deben reflexionar, tras cada sesión, sobre cómo se ha desarrollado y anotar todos los datos que puedan ser provechosos para las siguientes sesiones.

A medida que los y las profesionales se sientan más cómodos y seguros en la puesta en marcha del material, se pueden diseñar nuevas actividades y usar nuevos materiales que se adapten a los retos o necesidades emergentes del grupo.

Es importante que el/la profesional facilitador/a, y los propios asistentes, evalúen cada sesión para poder introducir las adaptaciones y modificaciones que sean precisas y para poder dar respuesta a las necesidades e intereses concretos de las personas que participan.

VALORACIÓN DEL PROGRAMA

Una vez finalizado el programa de 8 sesiones, es importante que los y las profesiones, así como los propios asistentes, lo evalúen para poder introducir las adaptaciones y modificaciones que sean precisas y poder dar respuesta a las necesidades e intereses concretos de la población diana.

- Debemos animar a las mujeres y sus parejas o acompañantes a contestar el cuestionario de satisfacción al que pueden acceder en el código qr:

- La valoración que hagan los y las profesionales de la guía será de gran interés para futuras modificaciones, es por ello que animamos a las matronas y demás profesionales que participen en su implementación, a valorar el programa una vez finalicen cada grupo de sesiones:

INDICADORES

En base a los datos recogidos en los cuestionarios *Forms* se pueden plantear una serie de indicadores:

Indicador 1: **SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE POSPARTO**

- Numerador: número total de personas que rellenan el cuestionario de satisfacción.
- Denominador: número total de nacimientos en hospitales de la red SESPA.

Multiplicado por 100.

Indicador 2: **INTERÉS Y DISPONIBILIDAD DE LOS PADRES**

- Numerador: número total de hombres que rellenan el cuestionario.
- Denominador: número total de cuestionarios rellenados en ese mismo año.

Multiplicado por 100.

Indicador 3: **VALORACIÓN DE LA UTILIDAD DE LAS SESIONES POR LAS PERSONAS ASISTENTES**

- Numerador: número de usuarios/as que valoran positivamente la utilidad del programa.
- Denominador: número total de cuestionarios rellenados en ese mismo año.

Multiplicado por 100.

Indicador 4: **PARTICIPACIÓN DE LOS DISTINTOS PROFESIONALES EN EL PROGRAMA DE POSPARTO**

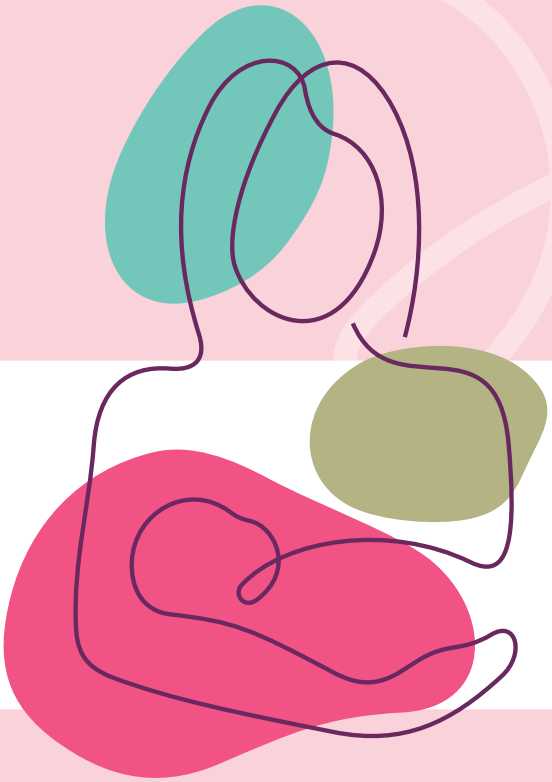
- Numerador: número de matronas que rellenan el cuestionario.
- Denominador: número total de cuestionarios rellenados por el personal sanitario responsable de impartirlo.

Multiplicado por 100.

Repetir con las distintas categorías.

1

RECUPERACIÓN FÍSICA POSPARTO



GUÍA PROFESIONAL

PARA LA EDUCACIÓN PARENTAL DURANTE

EL POSPARTO

Autoras:

MARÍA GONZÁLEZ ÁLVAREZ. Matrona. Área V

MARÍA GÓMEZ RODRÍGUEZ. Fisioterapeuta. Área II. Técnica de salud de la Dirección General de Cuidados y Coordinación Sociosanitaria. Consejería de Salud

MARÍA COVADONGA FERNÁNDEZ CAÑEDO. Fisioterapeuta. Área II

Revisado por:

ÁNGELA ANTUÑA SUÁREZ. Fisioterapeuta. Representante de la Asociación Amamantar

JOSÉ ANTONIO MARTÍNEZ PUBIL. Fisioterapeuta. Supervisor de Área. Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente. Hospital Universitario Central de Asturias. Área IV

1

RECUPERACIÓN FÍSICA POSPARTO

Índice

UNIDAD 1. VISIÓN GENERAL	4
UN NUEVO CUERPO, UNA NUEVA FORMA DE MOVERSE	5
HIGIENE POSTURAL. CONSEJOS	5
EL COMPLEJO ABDOMINO-LUMBO-PÉLVICO-PERINEAL. REPROGRAMACIÓN MUSCULAR	7
USO DE FAJA DE ESTABILIZACIÓN LUMBO-PÉLVICA: CONSEJOS	10
EN CASO DE CESÁREA	10
TRATAMIENTO DE LAS CICATRICES	11
BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN EL POSPARTO	12
BIBLIOGRAFÍA	14

UNIDAD 1	RECUPERACIÓN FÍSICA POSPARTO
OBJETIVO GENERAL	Tomar conciencia de las vulnerabilidades físicas del puerperio y fomentar la actividad y el autocuidado.
RESULTADOS DEL APRENDIZAJE	Que las las mujeres y sus parejas o acompañantes puedan: • Adquirir información sobre las estructuras más débiles tras el parto y las posibilidades de prevención y tratamiento de lesiones. • Adquirir habilidades para llevar a cabo ejercicios básicos de recuperación. • Desarrollar actitudes para aumentar el autocuidado y solicitar ayuda profesional, si se precisa.
TIEMPO	90-120 minutos
MATERIALES	• Vídeo: Kegel. Osakidetza.
DESARROLLO PRÁCTICO DE LA UNIDAD	• Actividad 1.1: Ejercicio de concienciación postural. • Actividad 1.2: Trabajo del transverso con respiración abdominal • Actividad 1.3: Danza oriental con el bebé.
MENSAJES CLAVE	• Recuperar el cuerpo y la mente después del parto no consiste en hacer un programa de adelgazamiento. Se trata de recuperar la funcionalidad de una manera saludable. • Debemos incidir en la higiene postural tras el parto. Continúa siendo un periodo en el que las estructuras músculo-esqueléticas están vulnerables. Además, se instauran nuevos hábitos asociados al cuidado del bebé. • Será importante entender que el periné no funciona de manera aislada, sino que lo hace coordinado con el diafragma y el abdomen, formando una unidad funcional. Si uno se altera, altera a los demás. • El transverso del abdomen es la parte más profunda de nuestra “faja” abdominal. Un músculo transverso del abdomen tonificado es la base para un suelo pélvico sano. • Todas las embarazadas tienen los rectos abdominales separados. Tras unas semanas del parto, lo fisiológico es que vuelvan a su lugar. Pero, muy a menudo, esto no sucede y queda lo que conocemos como diástasis abdominal. • Los ejercicios de Kegel son los ejercicios más conocidos del suelo pélvico. Como trabajo único para el periné serán insuficientes. • El método hipopresivo fue creado por el doctor Caufriez como terapia posparto. Provoca una disminución de la presión intraabdominal activando la musculatura del suelo pélvico y de la faja abdominal. • El método 5P es un herramienta dinámica y útil para la reeducación postural propioceptiva perineal. • El uso de la faja de estabilización lumbo-pélvica no sustituye el trabajo de reprogramación muscular abdomino-perineal. • Es necesario que demos a las cicatrices la importancia que requieren.

UN NUEVO CUERPO, UNA NUEVA FORMA DE MOVERSE

La mujer ha parido, ha tenido una criatura dentro (o más de una) y han salido por su vagina o por su vientre. Su cuerpo ha cambiado a lo largo de 40 semanas o más para adaptarse a todo este proceso, incluyendo el parto, y ahora es diferente. Es imposible que tantos cambios no dejen algún tipo de huella corporal y es necesario readaptarse a ellos para funcionar mejor.

Recuperar el cuerpo y la mente después del parto no consiste en hacer un programa de adelgazamiento. Se trata de recuperar la funcionalidad de una manera saludable.

A partir de las 6-8 semanas del parto, se considera que el efecto hormonal del embarazo y del parto ha desaparecido, así como la distensión mecánica que se produjo por el aumento del abdomen para albergar al bebé. Este sería el momento para hacer una valoración global.

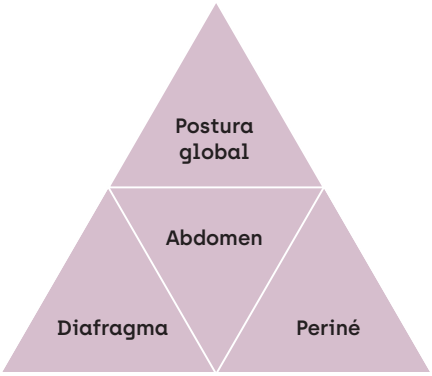


Figura 1: Valoración física global en el puerperio.
Fuente: Adaptado de Gómez López, A. Puérpera perdida: la transformación vital posparto (2023).

HIGIENE POSTURAL. CONSEJOS

El puerperio es un momento importante para reconocerse, saber cómo está nuestra postura y dónde hay tensiones.

Es preciso incidir en la higiene postural tras el parto ya que continúa siendo un periodo en el que las estructuras músculo-esqueléticas están vulnerables. Además, se instauran nuevos hábitos asociados al cuidado del bebé que conllevan trabajos musculares mantenidos en el tiempo como es, por ejemplo, la alimentación del bebé.

Recomendamos:

- **Mantener una postura erguida**, con los hombros hacia atrás y el mentón ligeramente recogido hacia dentro.
- **Evitar la báscula pélvica** en retroversión que anula la activación de nuestro abdomen.
- **Manejar las cargas** con el peso lo más cerca posible del cuerpo.
- **Evitar** manipular objetos por encima de la altura de la cabeza.
- **Mejor empujar** que tirar de un objeto.
- **Repartir** simétricamente las cargas.
- **Tumbada:** mejor de lado con la cabeza sobre una almohada que deje el cuello en posición alineada con el resto de la columna. Se puede colocar también una almohada entre las piernas. Levantarse siempre de lado, nunca hacia arriba, para no aumentar la presión del abdomen y suelo pélvico.
- **Sentada:** apoyada en ambos isquiones, pies apoyados en el suelo, espalda apoyada en el respaldo.
- **En bipedestación:** apoyo en ambos pies repartiendo el peso corporal. Si se va a estar mucho tiempo en posición estática, y es posible, subir uno de los pies a una altura de unos 10-15 centímetros. Así la pelvis estará alineada mientras se descarga el peso que soporta uno de los miembros inferiores. Debe ir alternándose el miembro a descargar.
- **Procurar un descanso suficiente:** El descanso, que no la inmovilización, será primordial durante los primeros días.

HIGIENE POSTURAL DURANTE LA LACTANCIA

- Con la lactancia es posible adoptar posiciones que acaben generando dolor. La mujer debe ponerse cómoda primero y luego colocar a su bebé.
- Recomendamos el uso del cojín de lactancia (o de una almohada en su defecto) para favorecer la descarga muscular de la cadena de los hombros, facilitando la acción y la concentración de la persona que alimenta.
- Es importante recordar que, en caso de alimentación artificial, el bebé debe ser cambiado de lado periódicamente para realizar una estimulación sensorial simétrica. Al igual que el bebé cambia de posición con la lactancia materna, lo recomendable es que lo haga igualmente cuando toma lactancia artificial, favoreciendo la recepción de estímulos sensoriales tanto desde la derecha como desde la izquierda.

CONSEJOS POSTURALES EN RELACIÓN A LA DEFECACIÓN

- Responder a la necesidad de defecar sin demora.
- Evitar el estreñimiento para evitar el aumento de presión en el periné y con ello el riesgo de lesión.
- Adoptar una posición de flexión de cadera superior a 90º (como de cuclillas) con los pies subidos a un taburete bajo. Unido a una postura de elongación de columna con inclinación del tronco hacia delante (nunca encorvado).
- Realizar el empuje de evacuación en espiración con jadeo (soltando el aire mediante un jadeo).
- Si se precisa, valorar la sujeción del periné anterior con la mano cuando se vaya a defecar para evitar el exceso de presión.

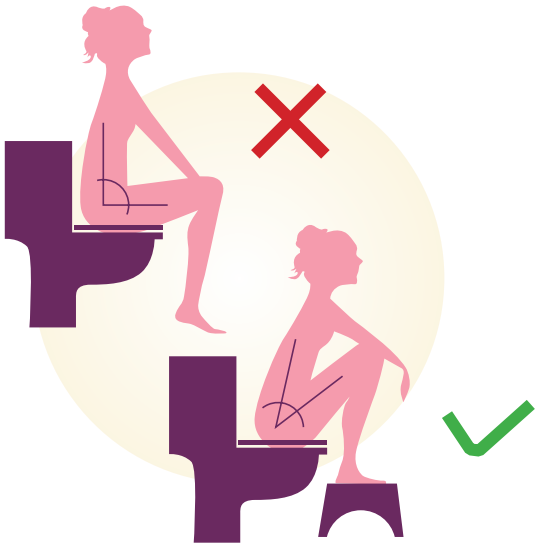


Figura 2: Postura facilitadora de la defecación.
Fuente: Guía de Embarazo, Nacimiento y Puerperio. Consejería de Salud. Gobierno del Principado de Asturias (2024).

A **Actividad 1.1: EJERCICIO DE CONCIENCIACIÓN POSTURAL**

EL COMPLEJO ABDOMINO-LUMBO-PÉLVICO-PERINEAL. REPROGRAMACIÓN MUSCULAR

El complejo abdomino-lumbo-pélvico-perineal o CALPP está conformado por el diafragma, la musculatura lumbar y abdominal y el suelo pélvico, entre otras estructuras. Durante el embarazo y el parto se producen importantes cambios a este nivel que tendrán repercusión en el posparto.

Será importante entender que nuestro periné no funciona de manera aislada, sino que lo hace coordinado con el diafragma y el abdomen, formando una unidad funcional. Si uno se altera, altera a los demás.

MÚSCULO TRANSVERSO DEL ABDOMEN

El músculo transverso del abdomen es la parte más profunda de nuestra "faja" abdominal, y actúa a modo de corsé dando soporte y sostén a nuestro cuerpo y nuestra columna. Un músculo transverso del abdomen tonificado es la base para un suelo pélvico sano.

A **Actividad 1.2: TRABAJO DEL TRANSVERSO CON RESPIRACIÓN ABDOMINAL**

Diástasis abdominal

Todas las embarazadas tienen los músculos rectos abdominales separados para poder expandir el abdomen y que el bebé crezca dentro. Tras unas semanas del parto, lo fisiológico es que vuelvan a su lugar y la fascia que hay entre ellos conserve su integridad. Pero a menudo esto no sucede y queda lo que conocemos como diástasis abdominal.

La sensación para la mujer es que su barriga sigue "muy grande, como si aún estuviera embarazada". Además de ser un problema estético, la diástasis es un problema de salud que hace que el abdomen no pueda hacer su función y las presiones se dirijan al periné en exceso, pudiendo aparecer también alteraciones digestivas, dolor lumbar, prolapsos e incontinencias, entre otros problemas.

EL SUELO PÉLVICO

El posparto es una de las fases de la vida de la mujer en la que, con mayor frecuencia, se produce la aparición de síntomas relacionados con el suelo pélvico. Esto es debido a, entre otros factores, el propio embarazo, la distensión de todas las estructuras como consecuencia del parto y la presencia de lesiones perineales por la realización de una episiotomía o la aparición de un desgarro.

Las alteraciones relacionadas con disfunciones del suelo pélvico producen una gran pérdida de calidad de vida, siendo las siguientes las que se detectan con mayor frecuencia:

- Incontinencia urinaria.
- Incontinencia de gases (vaginales, anales).
- Prolapso de órganos pélvicos, caracterizado por la sensación de peso, sensación de cuerpo extraño o roce en la zona vaginal y vulvar.
- Dispareunia: Dolor asociado a las relaciones sexuales.

Es fundamental que, en la revisión posparto con la matrona, se realice una valoración de todas estas estructuras que permita dar las recomendaciones oportunas y, si es necesario, la derivación a un/a fisioterapeuta especializado en suelo pélvico y/o al servicio de ginecología.

Los ejercicios de Kegel son los ejercicios más conocidos del suelo pélvico y se usan muchísimo, aunque no hacen un trabajo global, sino más bien analítico. Consisten en contraer voluntariamente la musculatura perineal, sin que se contraigan otros músculos (ni el abdomen, los glúteos, ni los músculos de las piernas). Se pueden hacer contracciones fuertes o suaves, manteniendo más o menos tiempo la contracción. Como trabajo para el periné, se quedarán cortos si solo hacemos eso. El periné no funciona habitualmente así, pues está formado, en su mayor parte, por fibras que no se contraen de manera voluntaria. Pero como parte de un tratamiento global es interesante saber hacerlos.

En este enlace del canal de Osakidetza encontrarás una explicación sobre cómo realizar los ejercicios de Kegel

Los vibradores, además de ser un juguete sexual, pueden resultar de gran ayuda en la terapia de suelo pélvico para fortalecer los músculos o reducir el exceso de tono muscular, mejorar la sensibilidad y tratar las cicatrices. Su uso debe ser parte de un tratamiento integral, que incluya ejercicios específicos y otros cuidados recomendados por un/a profesional especializado/a en suelo pélvico.

GIMNASIA ABDOMINAL HIPOPRESIVA

El método hipopresivo fue creado en 1980 por el doctor Caufriez como terapia posparto con el objetivo de recuperar la faja abdominal y el suelo pélvico de la mujer, evitando los efectos negativos de los clásicos abdominales (prolapsos, problemas de incontinencia, diástasis).

Este método provoca una disminución de la presión intraabdominal activando a su vez la musculatura del suelo pélvico y de la faja abdominal.

Se consigue que el diafragma se eleve y actúe, por un lado, elevando el paquete visceral (útero, vagina, uretra, vejiga, recto e intestinos) y por otro provocando una contracción refleja de la musculatura del suelo pélvico y del músculo transverso.

Están contraindicados para personas con tensión arterial elevada, cardiopatía, disfunción obstructiva inspiratoria, embarazadas y puérperas antes de las 6 semanas tras el parto. En mujeres con diástasis abdominal será necesario tener especial cuidado y contar con la valoración de un/a fisioterapeuta, pues la realización de hipopresivos podría llegar a aumentar la diástasis.

Principios técnicos:

- **Apertura del arco costal**, movilización del ombligo hacia dentro y hendidura en las fosas claviculares. Se hace una espiración completa, a la vez que se mete el ombligo hacia adentro y, a continuación, se eleva el tórax pero sin realizar inspiración.
- **Auto elongación:** estiramiento axial de la columna para provocar una puesta en tensión de los espinales profundos y extensores de la espalda.
- **Doble mentón:** empuje del mentón hacia abajo, que provoca tracción de la coronilla hacia el techo.
- **Apnea espiratoria:** fase de espiración total de aire y apnea mantenida (10-25 segundos). Se contraen los músculos espiratorios que empujan los órganos abdominales contra el diafragma relajado, aumentando su forma de cúpula y disminuyendo por tanto el diámetro de la cavidad torácica.
- **Las extremidades superiores** pueden adoptar diferentes posiciones. En algunos ejercicios se combina rotación interna de los hombros, flexión de codos y flexión dorsal de las muñecas.

Durante el periodo inicial se practicará en posiciones horizontales y, posteriormente, a medida que vayamos ganando fuerza y tono, se realizará en otras posturas.

MÉTODO 5P

Reeducación postural propioceptiva perineal. En estas cuatro palabras se encuentra el secreto del Método 5P, una herramienta dinámica y eficaz diseñada por la matrona y sexóloga francesa Chantal Fabre-Clergue.

Es en un método propioceptivo. Con la ayuda de un tronco de propiocepción o *Wood roller*, se utiliza el pie como vía de entrada de información que permite hacer pequeñas regulaciones posturales.

Con él trabajaremos:

- Postura: al trabajar la postura beneficiaremos al suelo pélvico.
- Abdomen profundo: trabaja en sinergia con el suelo pélvico.
- Respiración: el diafragma torácico y el diafragma pélvico también trabajan en equipo. Inhalamos separando las costillas, exhalamos intentando mantener las costillas abiertas empleando las letras f o s para ofrecer resistencia a la salida del aire.

USO DE FAJA DE ESTABILIZACIÓN LUMBO-PÉLVICA: CONSEJOS

Lo más importante a tener en cuenta es que la faja no sustituye el trabajo de reprogramación muscular abdomino-perineal que la mujer debe llevar a cabo tras el parto. Se usa como ayuda en el posparto para facilitar la propiocepción articular de la zona y la vuelta a la situación previa al embarazo, para dar estabilidad pélvica y mejorar la postura. Puede utilizarse desde los primeros días hasta los 2-3 meses posteriores, cuando se vaya a caminar o a realizar alguna tarea.

Puede ponerse también durante el embarazo si se precisa, debido a un dolor púbico o sacroilíaco persistente y siempre bajo prescripción de un profesional.

Si se decide su uso, acompañar siempre de un trabajo de recuperación de la musculatura abdomino-perineal.

EN CASO DE CESÁREA

La cesárea es una cirugía mayor. No es lo mismo que parir, ni a nivel físico ni a nivel emocional. Se ha normalizado tanto que se olvida que el puerperio se convierte en un posoperatorio y no podemos comparar un posparto quirúrgico con uno fisiológico.

Será importante tratar la cicatriz a partir de la semana 6-8 de posparto.

El tratamiento no es solo por la estética, sino principalmente para evitar que se formen adherencias, retracciones y aparezca dolor lumbo-pélvico. Se valorará en conjunto con el suelo pélvico y la musculatura abdominal.

Haber tenido una cesárea no evita que existan problemas de suelo pélvico. De hecho, es habitual que los haya.

TRATAMIENTO DE LAS CICATRICES

Las cicatrices pueden tener un impacto diverso (cosmético, funcional, psicosocial, emocional, etc...), dependiendo de dónde estén, cómo se vean y los recuerdos que traigan. Esto puede desembocar en un problema de salud con potencial de afectar a la autoestima. Por todo ello, es necesario que a las cicatrices les demos la importancia que requieren desde su inicio.

El tejido cicatricial no tiene vello ni células formadoras de pigmento ni glándulas sebáceas. No tener glándulas sebáceas implica que la piel ahí no tiene grasa, y sin ella hay menos elasticidad. Es más frágil y se reseca con facilidad. Por eso habrá que nutrirla y cuidarla con más mimo.

Si hablamos de cicatrices debemos hacer mención a la fascia. La fascia es una estructura fundamental: todas las membranas fasciales forman un continuo. Soporta y envuelve todas las estructuras corporales, incluyendo las membranas que rodean huesos, músculos y órganos, así como tendones y ligamentos. Es una unidad, un elemento continuo por todo el cuerpo. Las cicatrices son interrupciones de la fascia, que no permiten un movimiento fluido como antes, quedando zonas que se mueven menos o peor que antes. Puede aparecer dolor en la misma zona donde está la cicatriz y a distancia.

De este modo, las cicatrices pueden tener una relación directa con lesiones como los prolapsos de órganos pélvicos, vaginismo, dispareunia, dolor lumbar, incontinencias, estreñimiento o dolor pélvico crónico. Estas lesiones pueden aparecer de forma aislada o combinada, inmediatamente tras el parto o la cesárea, o mucho más distante en el tiempo.

El abordaje terapéutico de las cicatrices tendrá como objetivo:

- Aliviar el dolor y liberar las adherencias.
- Ganar movilidad. Que la fascia se mueva es vital para su correcta función. El trabajo propioceptivo se hace a través del tacto y la posición: tocar la cicatriz y masajearla con diferentes tipos de elementos (un peine, un cepillo de dientes, una tela suave, una tela áspera) son formas de rehacer el esquema corporal integrando la cicatriz. El cuerpo no integra lo que el cerebro no ve. Será fundamental tocar y ver la cicatriz para poder integrarla en el nuevo esquema corporal.
- Recuperar la confianza en la función y en una misma: la herida emocional. La peculiaridad de las cicatrices relacionadas con el parto y la cesárea es que pueden asociarse a un fracaso, aunque no lo sea. El duelo por el parto soñado está impreso en el cuerpo a través de la cicatriz. Tocarla puede despertar emociones intensas, puede ser un recordatorio permanente de aquello que no pudo ser. A veces no podremos trabajar con el cuerpo hasta que no haya un tratamiento psicológico previo, y otras veces, solo el trabajo corporal podrá permitir el abordaje psicoemocional.

BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN EL POSPARTO

- Facilita la concienciación corporal y la libertad de movimiento.
- Reduce los niveles de ansiedad y favorece la relajación.
- Mejora la resistencia aeróbica, la fuerza muscular, el equilibrio, la coordinación y la flexibilidad.
- Aumenta la movilidad pélvica.
- Disminuye el riesgo de padecer incontinencia urinaria, fecal o de gases.
- Facilita la pérdida de peso.
- Mejora el manejo físico y mental de la situación de posparto.

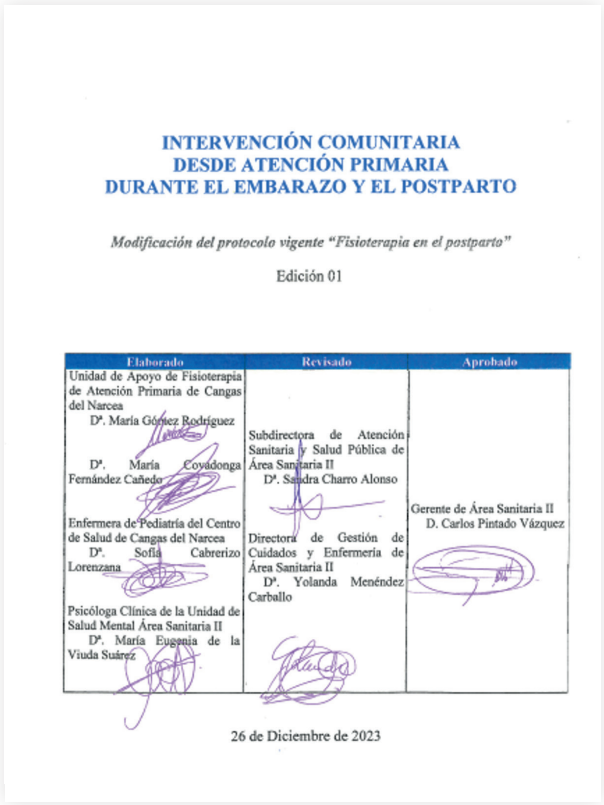
A continuación, proponemos una secuencia de recomendaciones y ejercicios para que la vuelta a la actividad sea lenta y progresiva:

ESTADO	OBJETIVO	RECOMENDACIÓN	CONSEJOS
Posparto inmediato (24-48 horas)	Recuperación del trabajo de parto	• Aplicar frío en la zona genital, máximo 15 minutos, 3 veces al día. • Evitar el estreñimiento. • Postura facilitadora de la defecación.	• Dejarse cuidar. • En caso de lactancia materna, es posible ayudarse de un cojín.
Posparto precoz (2-10 dias)	Inicio del trabajo muscular	• Ejercicios de Kegel (individualizar): 10 repeticiones, cada 3 horas. • Ejercicios del músculo transverso.	• Dar paseos cortos. • Valorar la utilización de una faja de estabilización lumbopélvica.
Posparto tardío (10-40 dias)		• Ejercicios de Kegel (individualizar): 20 repeticiones, 4 veces día. • Continuar con ejercitación del transverso.	• Aumentar la distancia y velocidad de los paseos, un 10% aproximadamente por semana.
A partir de los 40 días	Vuelta a la actividad	• Evitar deportes de impacto (salto, carrera), inicio progresivo a partir de la semana 12. • Gimnasia Abdominal Hipopresiva. • Se recomienda acudir a grupos de gimnasia posparto.	• Realizar una valoración del suelo pélvico con la matrona. • En caso de lactancia materna, dar el pecho antes del ejercicio para mayor comodidad y proteger el pecho con un sujetador apropiado. • Si la mujer sale a correr con su bebé, este/a debe ir en un carrito específico para la carrera. • Si no puede hacer ejercicio con su bebé, recomendarle que pida ayuda.

Tabla 1: Secuencia de recomendaciones y ejercicios para la vuelta a la actividad en el posparto.
Fuente: Guía de Embarazo, Nacimiento y Puerperio. Consejería de Salud. Gobierno del Principado de Asturias (2024).

Actividad 1.3: DANZA ORIENTAL CON EL BEBÉ

Desde las áreas sanitarias II y IV se han puesto en marcha programas muy interesantes que deberían ser tenidos en cuenta pues serían extrapolables al resto de la región.



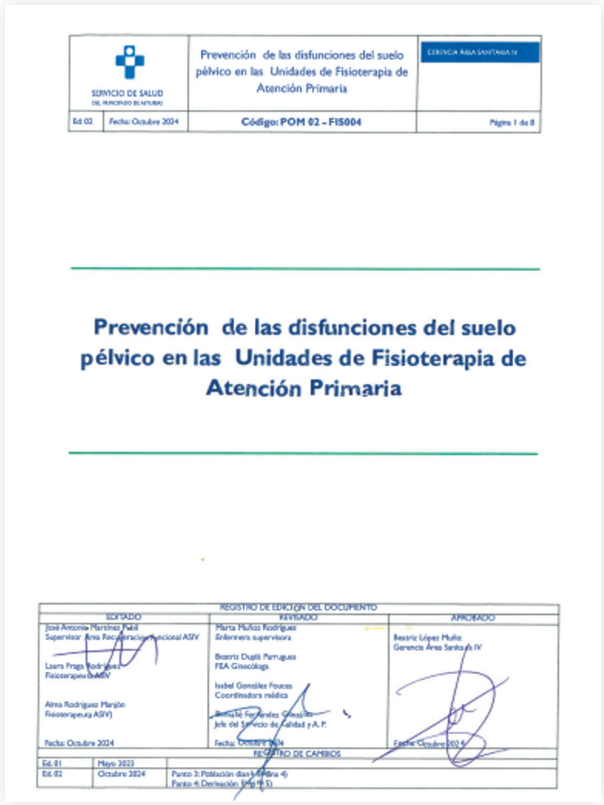
INTERVENCIÓN COMUNITARIA
DESDE ATENCIÓN PRIMARIA
DURANTE EL EMBARAZO Y EL POSTPARTO

Modificación del protocolo vigente "Fisioterapia en el postparto"

Edición 01

Elaborado	Revisado	Aprobado
Unidad de Apoyo de Fisioterapia de Atención Primaria de Cangas del Narcea Dª. María Gómez Rodríguez Dª. María Covadonga Fernández Cañedo Enfermera de Pediatría del Centro de Salud de Cangas del Narcea Dª. Sofía Cabrerizo Lorenzana Psicóloga Clínica de la Unidad de Salud Mental Área Sanitaria II Dª. María Eugenia de la Viuda Suárez	Subdirectora de Atención Sanitaria y Salud Pública de Área Sanitaria II Dª. Sandra Charro Alonso Directora de Gestión de Cuidados y Enfermería de Área Sanitaria II Dª. Yolanda Menéndez Carballo	Gerente de Área Sanitaria II D. Carlos Pintado Vázquez

26 de Diciembre de 2023



SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Prevención de las disfunciones del suelo pélvico en las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria

Ed. 02 | Fecha: Octubre 2024 | Código: POM 02 - FIS004 | Página 1 de 8

Prevención de las disfunciones del suelo pélvico en las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria

REGISTRO DE EDICIÓN DEL DOCUMENTO

EDITADO	REVISADO	APROBADO
José Antonio Martínez Vidal Supervisor Área Rehabilitación Funcional ASTV Laura Fraga Rodríguez Fisioterapeuta ASTV Alma Rodríguez Marjón Fisioterapeuta ASTV Fecha: Octubre 2024	María Muñoz Rodríguez Enfermera supervisora Beatriz Duplá Parrugues FEA Ginecología Isabel González Fouces Coordinadora médica Fecha: Octubre 2024	Beatriz López Muñiz Gerencia Área Sanitaria IV Fecha: Octubre 2024

REGISTRO DE CAMBIOS

Ed. 01	Mayo 2023	
Ed. 02	Octubre 2024	Punto 3: Población diana (criterio 4) Punto 4: Derivación (criterio 5)

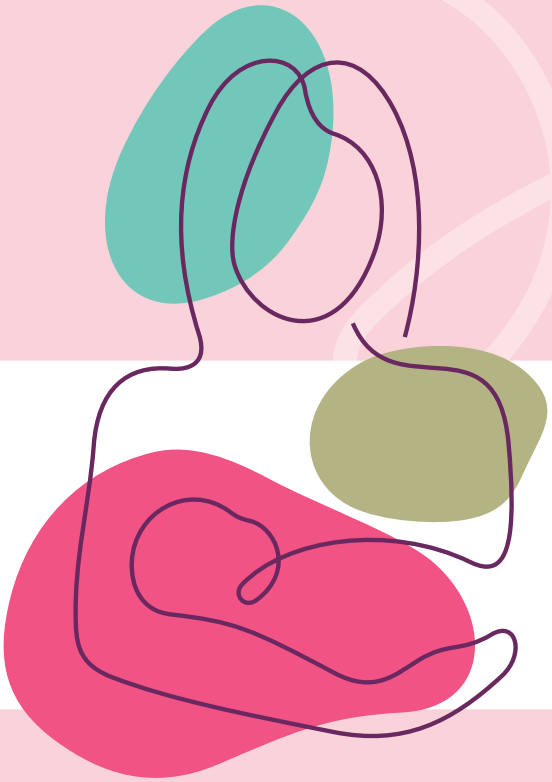
Figura 3: Programas del SESPA. Áreas II y IV.
Fuente: SESPA (2025).

BIBLIOGRAFÍA

- Lafuente Pardos, S. (2024). Biomecánica perinatal para matronas. EdiciónPoD Amazon.
- Gómez López, A. (2023). Puérpera perdida: La transformación vital posparto. Ediciones Oberon.
- Woodley, S. J., Lawrenson, P., Boyle, R., Cody, J. D., Mørkved, S., Kernohan, A., & et al. (2020). Pelvicfloormuscle training forpreventing and treatingurinary and faecalincontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database of SystematicReviews. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007471.pub4
- Blanco Díaz, M. (s.f.). Libro blanco de la fisioterapia pelviperineal. Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España. Disponible en: https://www.consejo-fisioterapia.org/adjuntos/publicaciones/publicacion_2.pdf
- Walker, C. (2013). Fisioterapia en obstetricia y uroginecología (2ª ed.). Elsevier.

2

SALUD MENTAL PERINATAL



GUÍA PROFESIONAL

PARA LA EDUCACIÓN PARENTAL DURANTE

EL POSPARTO

Autoras:

MARÍA ISABEL GUTIÉRREZ LÓPEZ. Psicóloga Clínica. Área IV

MARÍA GONZÁLEZ ÁLVAREZ. Matrona. Área V

MAR MIGUEL REDONDO. Matrona. Área V

Revisado por:

MARÍA FERNÁNDEZ LÓPEZ. Psicóloga Clínica. Técnica de salud de la Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Mental. Consejería de Salud

JACQUELIN RONCERO VAZ. Psicóloga. Representante de la Asociación Amamantar

2

SALUD MENTAL PERINATAL

Índice

UNIDAD 2. VISIÓN GENERAL	4
INTRODUCCIÓN	5
EL POSPARTO COMO PERIODO DE CRISIS	5
CONSTRUCCIÓN DE LA MATERNIDAD/PATERNIDAD	6
NORMALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA EN EL PERIODO PERINATAL	8
CUIDADOS BÁSICOS PARA LA SALUD MENTAL	15
REESTRUCTURACIÓN DE LA PAREJA	17
CORRESPONSABILIDAD SOCIAL	18
BIBLIOGRAFÍA	18

UNIDAD 2	SALUD MENTAL PERINATAL
OBJETIVO GENERAL	Visibilizar los problemas de salud mental que pueden afectar a la mujer en el puerperio y desestigmatizarlos como paso previo e indispensable para la búsqueda de ayuda.
RESULTADOS DEL APRENDIZAJE	Que las mujeres y sus parejas o acompañantes puedan: • Adquirir información sobre los cambios normales y la psicopatología del puerperio. • Adquirir habilidades para identificar sentimientos y cuidarse. • Desarrollar actitudes para desestigmatizar los problemas de la esfera psicológica.
TIEMPO	90-120 minutos
MATERIALES	• Tríptico: Tras el nacimiento del bebé seguimos siendo pareja. • Tríptico: Salud mental perinatal y Mindfulness.
DESARROLLO PRÁCTICO DE LA UNIDAD	• Actividad 2.1: Representación de la maternidad en las redes sociales. • Actividad 2.2: Influencia de la familia extensa. • Actividad 2.3: Lista de actividades gratificantes y aspectos positivos de la ma(pa)ternidad. • Actividad 2.4: Ejercicio de relajación. Atención plena.
MENSAJES CLAVE	• La etapa perinatal supone un periodo de especial vulnerabilidad para la mujer dada la cantidad de cambios físicos, cognitivos y sociales que tiene que afrontar. • Aunque gran parte de las personas viven este periodo con felicidad y entusiasmo, se estima que en torno a un 20% sufren algún tipo de alteración emocional. • Los estándares sociales y la visión cultural alrededor de la maternidad hacen que algunas madres sientan una hiperexigencia, inicialmente externa y luego autoimpuesta, respecto a su rol como madre. • Cada maternidad es diferente e igualmente respetable. Debemos validar y animar a las madres a que construyan su propia forma de maternar y construir el vínculo con su hijo/a. • Este puede ser un periodo difícil y ambivalente, donde pueden sentirse superadas emocionalmente, aunque esto no guarde relación con su capacidad o deseo maternal. • Un vínculo adecuado favorece un desarrollo infantil satisfactorio que permite conseguir la formación de una persona autosuficiente y capaz de regularse emocionalmente. • Mostrar la importancia que el autocuidado tiene para la familia, en general, y para el desarrollo del bebé, en particular, es una cuestión que puede ayudar a que las recientes madres se involucren en actividades para su propio cuidado.

INTRODUCCIÓN

La etapa perinatal supone un periodo de especial vulnerabilidad para la mujer, dada la cantidad de cambios físicos, cognitivos y sociales que tiene que afrontar. Asimismo, supone un importante periodo de crisis vital para la familia que tiene que adaptarse a la llegada de un/os nuevo/s miembro/s, cambiando la estructura y las dinámicas de relación entre ellos.

En el pasado, la maternidad era considerada por la comunidad científica como un factor protector de la salud mental de la mujer y los síntomas psicopatológicos como algo inherente a este proceso y, por tanto, no necesarios de atención. Por todo ello, la salud mental perinatal no ha recibido la atención que merece. Sin embargo, en los últimos años se ha invertido esta tendencia y se ha reconocido la importancia que la salud mental tiene para el desarrollo tanto de la madre como del hijo o de la hija y la familia.

Aunque gran parte de las personas viven este periodo con felicidad y entusiasmo, se estima que en torno a un 20% sufren algún tipo de alteración emocional.

Nuestro compromiso, como profesionales sanitarios, debe incluir acompañar a las mujeres y a las familias en este complejo proceso para facilitar que alcancen un equilibrio psíquico que les permita un adecuado desarrollo personal, mental, familiar y social.

El objetivo es que la familia cree una realidad saludable donde predominen los momentos tranquilos y felices.

EL POSPARTO COMO PERIODO DE CRISIS

Podemos considerar que:

- La maternidad es un hito del desarrollo.
- Se trata de un periodo especialmente vulnerable en el que tiene lugar un desequilibrio y reorganización personal, familiar, social, política y espiritual.
- Es un proceso que va más allá del parto y produce cambios físicos y psíquicos profundos.
- Se produce la formación de una nueva identidad, *yo como madre*, y la despedida o duelo de la *mujer que era*.
- Emergen conflictos no resueltos de periodos anteriores.
- La historia vital previa y las formas de llegar a la maternidad constituyen factores que influyen en el desarrollo de este proceso.

Esta etapa de crisis evolutiva ha sido denominada como matrescencia, haciendo referencia a un proceso que engloba cambios físicos, psicosociales, emocionales y de identidad. Algunos estudios recientes han mostrado la neuroplasticidad en el periodo perinatal y cómo tienen lugar cambios cerebrales mediante la poda neuronal y la mielinización, de manera similar a lo que ocurre durante la adolescencia. Estos cambios facilitan la conducta maternal, aunque también pueden predisponer a la aparición de alteraciones mentales y/o cognitivas.

En este proceso, es frecuente que la mujer presente un estado de ambivalencia emocional en la que se alternan sentimientos de placer, alegría y satisfacción con otros de tristeza, inquietud y miedo. Animar a las mujeres a expresar sus aprensiones naturales favorece una resolución adaptativa de este conflicto.

En el momento actual, los estándares sociales y la visión cultural alrededor de la maternidad hacen que algunas madres sientan una hiperexigencia, inicialmente externa y luego autoimpuesta, respecto a su rol como madres.

La presión por ser una "buena madre" unido a la visión cultural de la maternidad como época de felicidad hace que algunas mujeres se sientan culpables de no satisfacer estos estándares culturales y, además, sientan que no pueden compartir esta angustia por miedo al rechazo social. Todo ello agravado por la cultura individualista dominante.

Es difícil compartir los sentimientos si las mujeres están solas, algo que puede ocurrir incluso teniendo pareja. Es vital reconocer y abordar el aislamiento social que a menudo experimentan las madres durante la crianza. La visibilización de esta realidad y el fomento de espacios de conexión y apoyo entre madres son elementos clave para promover una salud mental positiva.

A Actividad 2.1: REPRESENTACIÓN DE LA MATERNIDAD EN LAS REDES SOCIALES

CONSTRUCCIÓN DE LA MATERNIDAD/PATERNIDAD

El rol de madre inicia su construcción desde el embarazo con las representaciones maternas. Cómo la madre imagina a su hijo o hija y su futuro o cómo se imagina a sí misma, va a influir en el espacio mental que dará lugar a la nueva relación.

En nuestro imaginario colectivo, el ideal de madre incluye las siguientes características: afectividad, autoconfianza, disponibilidad, paciencia, control, satisfacción y facilidad en su papel de madre.

Dado su potencial interferencia con una maternidad positiva, se debe prestar especial consideración a:

- Exigencias demasiado elevadas, reforzadas por el ideal social de madre.
- Sentimientos de culpabilidad ante la ambivalencia sobre la maternidad, una emoción normal pero frecuentemente estigmatizada.
- Miedo a reproducir con su hijo o hija vivencias anteriores no resueltas.
- La fragmentación de la identidad ante la irrupción del nuevo rol materno, que puede llevar a una pérdida del *yo* anterior.

El acompañamiento en la maternidad implica favorecer una visión de la mujer como madre competente, que sea realista, así como resolver los conflictos y miedos presentes. Es esencial validar la diversidad de experiencias maternas y fomentar la construcción de una maternidad que sea auténtica para cada mujer, respetando sus valores y decisiones.

EL ROL DEL OTRO PROGENITOR (PADRE/MADRE)

Antes hablábamos de la matrescencia para referirnos a los cambios que experimenta la mujer ya desde el embarazo al convertirse en madre, pero debemos tener presente que en el cerebro del otro progenitor se produce un proceso similar al asumir el rol de cuidador/a, aunque con características y temporalidades propias.

Será fundamental que la pareja de la recién estrenada madre comprenda todos los cambios, físicos, psicosociales y emocionales, por los que está pasando para poder llevar a cabo un apoyo efectivo y fomentar la corresponsabilidad en los cuidados, aspecto crucial para el bienestar materno y la prevención del agotamiento.

TRADICIONES FAMILIARES

Las otras personas significativas que rodean a la madre suponen también un elemento fundamental en la formación de los roles parentales.

La manera en que la familia extensa responde a la llegada del bebé, las relaciones con éstas, el apoyo psicosocial.... son aspectos influyentes en la construcción de la nueva familia.

Esto puede ser especialmente complicado cuando la familia extensa no está de acuerdo con la manera en que los padres están criando a su bebé. Los recientes padres, especialmente cuando tienen a su primer/a hijo/a, suelen ser muy vulnerables a los comentarios negativos, llegando incluso a renunciar a sus propios valores.

A Actividad 2.2: INFLUENCIA DE LA FAMILIA EXTENSA.

Es importante señalar que cada maternidad es diferente e igualmente respetable. Validar y animar a las madres a que construyan su propia forma de maternar y construir el vínculo con su bebé será indispensable.

NORMALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA EN EL PERIODO PERINATAL

El periodo perinatal supone una etapa de especial vulnerabilidad, tanto para la aparición de nuevas alteraciones como para la reactivación de alteraciones previas.

El embarazo y el posparto no siempre resultan una experiencia alegre. Tanto los cambios biológicos como psicosociales que ocurren en este periodo pueden tener un efecto negativo sobre la salud mental de la mujer. A pesar de que históricamente se ha considerado que el malestar emocional era algo intrínseco al periodo perinatal y, por lo tanto, no subsidiario de tratamiento especializado, en el momento actual se prioriza la detección e intervención precoz de trastornos mentales perinatales, dada su significativa prevalencia y el impacto bidireccional en la salud de la madre y el desarrollo del bebé, así como en la dinámica familiar.

No es el objetivo de esta sesión realizar una exposición exhaustiva de la psicopatología en la etapa perinatal sino visibilizar qué puede ocurrir, detectarla lo más precozmente posible y mostrar disponibilidad activa y empática. Que las mujeres sepan que pueden pedir ayuda y cómo hacerlo.

Un objetivo fundamental en este momento es desestigmatizar. Hablar a las mujeres de que éste puede ser un periodo difícil y ambivalente, donde pueden sentirse superadas emocionalmente y que esto no tiene relación con su capacidad o deseo maternal, facilita la demanda y aceptación de ayuda profesional, rompiendo el silencio y la culpa.

ALTERACIONES EMOCIONALES NO PATOLÓGICAS

- Es frecuente la presencia de alteraciones emocionales durante este periodo, generalmente molestias leves y transitorias como la labilidad con cambios de humor, sensibilidad con tendencia al llanto, irritabilidad, ambivalencia, alteraciones del apetito y sueño (que van más allá de la interferencias del bebé) y sensación de agotamiento y agobio. Es vital reconocer que estas experiencias forman parte de la adaptación a un cambio vital de magnitud.
- Melancolía posparto o “Baby Blues”: son fluctuaciones leves del estado de ánimo que se producen las primeras semanas después del parto. No se considera un trastorno sino un proceso adaptativo, y su prevalencia es muy alta, en torno al 80%.

  Comienza durante la primera semana posparto y suele desaparecer en la tercera. Como síntomas típicos destacamos: cambios de ánimo, llanto, tristeza, preocupación, falta de concentración, olvido/falta de memoria y sentimientos de dependencia.

  Se le han atribuido factores desencadenantes como cambios hormonales, dolores secundarios al parto (cicatrización, dolor perineal, contracciones uterinas), molestias propias de la lactancia, fatiga y falta de sueño, ansiedad por el manejo y la atención al bebé, cambios en la relación de pareja y la idealización no cumplida del parto o la maternidad.

  No requiere tratamiento, aunque se debe estar atenta a la resolución de esta etapa ya que algunas mujeres, entre un 10 y un 20%, evoluciona hacia una depresión posparto.

LOS TRASTORNOS MENTALES MÁS HABITUALES EN LA ETAPA PERINATAL

- Depresión
- Ansiedad
- Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)
- Trastorno de Estrés-Postraumático (TEPT)

DEPRESIÓN

En general, la sintomatología es similar a un episodio depresivo en cualquier otro momento del ciclo vital, aunque encontramos algunas características más habituales en la depresión posparto, como una mayor agitación psicomotriz, mayor indecisión y falta de concentración.

Asimismo, encontramos aspectos propios de este momento como la preocupación excesiva o miedo por el hijo o la hija, sentimiento de culpa por no ser una buena madre, pensamientos obsesivos de dañarlo/a o rechazo.

Los síntomas pueden incluir:

- Bajo ánimo o tristeza.
- Irritabilidad.
- Agitación psicomotora.
- Insomnio (en momentos en los que el niño o la niña permite dormir) o hipersomnia.
- Indecisión/dificultad en la toma de decisiones.
- Sentimientos de estar al límite.
- Síntomas físicos sin causa orgánica.
- Rechazo hacia el niño o la niña o incomodidad ante él/ella.
- Falta de concentración, olvidos frecuentes.
- Anhedonia, entendida como la incapacidad para experimentar placer, pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades.
- En los casos más graves, pensamientos recurrentes de muerte, suicidio o infanticidio.

Dada la similitud de la sintomatología depresiva con algunos de los síntomas normales del posparto, es interesante destacar algunas de las diferencias entre ellos:

Posparto no patológico	Depresión posparto
Fluctuaciones leves y transitorias en el estado de ánimo, ganas de llorar.	Estado de ánimo principalmente decaído, triste, desesperanza.
No cambios relevantes en la autoestima.	Baja autoestima, culpa.
Puede dormir. El niño o la niña puede despertarla pero puede volver a dormirse.	Insomnio de conciliación, mantenimiento o despertar precoz.
Sensación de cansancio que mejora o se elimina con el descanso.	La fatiga no se reduce con el descanso.
Siente placer, alegría e ilusión.	Anhedonia.
Aumenta el apetito.	El apetito puede disminuir.

Tabla 2: Diferencias entre el posparto no patológico y la depresión posparto.
Fuente: elaboración propia.

Cuando los síntomas producen un malestar relevante o limitan la capacidad para la vida cotidiana, recomendamos pedir ayuda para realizar, al menos, una valoración por personal especializado. La intervención temprana mejora drásticamente el pronóstico.

Respecto a los factores de riesgo para desarrollar una depresión posparto, podemos destacar:

- Depresión o ansiedad durante el embarazo.
- Antecedentes de depresión o ansiedad.
- Falta de apoyo familiar y/o social.
- Haber sufrido o sufrir violencia (de género, sexual...).
- Interrupción de tratamiento psiquiátrico.
- Vulnerabilidad neurohormonal.
- Estilo de personalidad con alto perfeccionismo y neuroticismo.
- Lactancia frustrada o vivida con gran dificultad y culpa, especialmente si era un objetivo muy deseado.

ANSIEDAD

Tal y como ocurre en la depresión, los trastornos de ansiedad durante el posparto muestran una clínica muy similar a la presentada por la población general. Además de las formas habituales, también encontramos algunas manifestaciones características de este periodo como la ansiedad de separación materna o el miedo intenso a que le ocurra algo malo al bebé, por ejemplo, el temor a la muerte súbita del lactante.

Es importante diferenciar lo que supone un trastorno de ansiedad con las preocupaciones normales en esta época, sobre todo si tenemos en cuenta la presión y sobreexposición actual, y la hiperreflexividad que puede surgir en este periodo en que la mujer tiende a analizar en exceso cada decisión que toma.

En general, hablamos de un trastorno de ansiedad cuando la clínica de ansiedad interfiere claramente en la vida de la madre y en la formación del vínculo con su hijo o hija.

Los síntomas pueden incluir:

- Episodios de ansiedad extrema o crisis de angustia.
- Preocupaciones excesivas difíciles de controlar.
- Incapacidad para afrontar los problemas.
- Incapacidad para cumplir la rutina diaria.
- Tensión muscular o somatizaciones.
- Problemas de sueño.
- Irritabilidad y nerviosismo constante.

La ansiedad puede provocar problemas en la formación del vínculo materno-filial, provocando conductas de evitación del contacto con el hijo o la hija y de ciertas situaciones relacionadas con la crianza, que pueden obstaculizar el desarrollo de una relación espontánea y disfrutable, aumentando la distancia emocional y el aislamiento.

Respecto a los factores de riesgo para desarrollar ansiedad en el posparto, podemos destacar:

- Depresión o ansiedad durante el embarazo.
- Antecedentes de ansiedad.
- Historia de trauma (violencia, abuso, negligencia).
- Interrupción de tratamiento psiquiátrico.
- Problemas de tiroides.
- Complicaciones médicas durante el embarazo o parto.
- Aislamiento social o falta de una red de apoyo adecuada.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)

El TOC es un trastorno caracterizado por la presencia de pensamientos, imágenes o impulsos molestos, repetitivos y persistentes. Dado su carácter desagradable, la persona suele intentar resistirse a ellos, por lo general sin éxito. Son vividos como propios (autogenerados) a pesar de ser involuntarios. Por otro lado, las compulsiones son formas conductuales estereotipadas que, por lo general, tienen como objetivo evitar que tenga lugar un hecho altamente improbable y que suelen ser ineficaces a largo plazo.

A diferencia de la población general, donde el inicio suele ser gradual, en el posparto suele darse un inicio brusco en torno a las 2-4 semanas tras el parto. Se estima que afecta a entre el 3% y el 5% de las mujeres en periodo perinatal, siendo más común de lo que se suele reconocer.

Se estima que en torno al 50% de las mujeres que presentan un TOC en el posparto lo hacen en forma de impulsos o pensamientos de daño. Estos pensamientos no implican un daño real. La madre experimenta un profundo horror, culpa y angustia ante la presencia de estas ideas y se esfuerza activamente por suprimirlas, lo que las diferencia claramente de las ideas psicóticas.

Algunos de sus síntomas son:

- Obsesiones de hacer daño o matar al niño o a la niña.
- Sentimientos de culpa y horror ante estos pensamientos.
- Evitación del cuidado del hijo o hija por miedo a hacerle daño.
- Obsesiones de contaminación. Miedo extremo a que el niño o la niña se contamine con gérmenes, suciedad, tóxicos o sustancias nocivas.
- Lavado y limpieza excesivos de los objetos del niño o de la niña o de las propias manos.

Respecto a los factores de riesgo:

- Antecedentes de TOC.
- Padecer una depresión posparto.
- Historia de trauma o estrés significativo.
- Interrupción del tratamiento psiquiátrico.
- Perfeccionismo extremo y responsabilidad excesiva.
- Dificultad de adaptación a la maternidad y a los cambios que conlleva.

TRASTORNO DE ESTRÉS-POSTRAUMÁTICO (TEPT)

El TEPT se produce tras sufrir una experiencia altamente traumática.

El parto puede suponer para algunas mujeres un evento traumático, especialmente si no se han sentido respetadas o sienten que ha supuesto una amenaza para la propia vida y/o la de su hijo o hija. Hablamos en estos casos de partos traumáticos.

Los factores que pueden contribuir a una experiencia de parto traumática incluyen: un parto prolongado o muy rápido, complicaciones inesperadas, intervenciones médicas no deseadas o no explicadas, sensación de falta de control sobre el propio cuerpo o proceso, comunicación deficiente o irrespetuosa por parte del personal sanitario, dolor incontrolable o percepción de que no se gestionó adecuadamente y la sensación de no haber sido escuchada o validada.

Los síntomas de partos traumáticos pueden incluir:

- Recuerdos intrusivos, pesadillas o flashback sobre el parto.
- Ansiedad e hiperactividad.
- Dificultad de vinculación con el hijo o la hija.
- Evitación de procedimientos ginecológicos.

Hablamos del impacto que tiene el parto sobre la salud mental perinatal, pero ¿qué hay de la lactancia?

La asociación entre lactancia materna y depresión o ansiedad es bidireccional, y está influenciada por el apoyo social y las expectativas maternas. Hasta un 40% de las mujeres viven la lactancia con dolor emocional y/o físico.

La depresión o ansiedad se relacionan con menores tasas de lactancia materna y la lactancia materna se ha identificado como factor protector contra la depresión. No obstante, la falta de apoyo y la discordancia entre las expectativas y la experiencia real pueden asociarse a una peor salud mental materna. En estos casos, las intervenciones individualizadas e interdisciplinarias son las más exitosas.

TRASTORNOS DEL VÍNCULO

A pesar de que las alteraciones del vínculo materno-filial no están recogidas como un trastorno en las principales clasificaciones diagnósticas internacionales, suponen un elemento esencial para el adecuado desarrollo de la diada.

El establecimiento temprano de una relación afectiva de las personas de apego hacia el niño o la niña determina su neurodesarrollo, su manera de relacionarse con el mundo, y sus habilidades cognitivas y emocionales.

El desarrollo infantil en sus distintas vertientes (emocional, conductual, cognitiva y social) se produce en el contexto de interacción con sus figuras de referencia, y donde la calidez emocional y la sintonía de las interacciones suponen aspectos centrales. Un vínculo adecuado favorece un desarrollo infantil satisfactorio que permite conseguir la formación de una persona autosuficiente y capaz de regularse emocionalmente.

En algunos casos puede observarse un retraso no patológico en la formación del vínculo, de manera que, a pesar de no existir una respuesta emocional ante el niño o la niña en los primeros momentos (horas o pocos días tras el parto), ésta sí se produce después. Esto ocurre de manera más frecuente en los partos traumáticos.

Algunas de las alteraciones que encontramos en los trastornos de vínculo son:

- Ausencia de sentimientos hacia el hijo o la hija, o rechazo.
- Ansiedad ante el cuidado del niño o de la niña.
- Sobreprotección excesiva.
- Falta de respuesta materna (incapacidad para sintonizar o interpretar las señales o necesidades del niño o de la niña).
- Falta de disfrute en la interacción con el hijo o la hija.
- Dificultad para reconocer al hijo o hija como un individuo separado, proyectando en él/ella miedos o deseos propios.

DETECCIÓN PRECOZ: LA IMPORTANCIA DE PEDIR AYUDA

A pesar de la importancia reconocida de la salud mental en el periodo perinatal se estima que, en el momento actual, las alteraciones psicológicas continúan siendo infradiagnosticadas. La herencia de años anteriores donde se les restaba importancia unido al estigma aún presente respecto a las enfermedades mentales pueden ser algunas de las razones. Asimismo, la consideración social de la maternidad como un periodo de felicidad y alegría confiere una connotación negativa a las madres que no se sienten "como deberían sentirse", otorgándoles un papel de "mala madre". En ocasiones, la disonancia entre la experiencia real y la expectativa social impide la autoidentificación del problema y la búsqueda de ayuda.

Por otro lado, el posparto es un periodo en el que muchas madres priman el cuidado de su hijo o hija, por encima del suyo propio, lo que les lleva a rechazar ayuda para sí mismas. El mostrar la importancia que el autocuidado tiene para la familia en general y para el desarrollo del niño o de la niña en particular, es una cuestión que puede ayudar a que las recientes madres se involucren en actividades para su propio cuidado.

Para la detección precoz de trastornos ansioso-depresivos, se puede añadir a la exploración habitual un instrumento de screening de depresión y ansiedad basado en las preguntas Wholey y Gad-2:

a) Escala GAD 2

Durante las últimas **2 semanas**, la mujer debe indicar con qué frecuencia se ha sentido:

	Nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días	RESULTADOS		
					T1	T2	T3
Desanimada, deprimida o sin esperanza	0	1	2	3			
Con pérdida de interés o placer por las cosas	0	1	2	3			

Un resultado > 0 = que 3, indicaría la necesidad de una evaluación más profunda.

Tabla 3: GAD-2.
Fuente: Cartilla de Salud Maternal. Consejería de Salud. Gobierno del Principado de Asturias (2024).

b) Test de Whooley:

Durante el **último mes**, la mujer debe indicar si se ha sentido frecuentemente:

	NO	SÍ	RESULTADOS		
			T1	T2	T3
Desanimada, deprimida o sin esperanza	0	1			
Con pérdida de interés o placer por las cosas	0	1			

Un resultado > 0 = que 1, indicaría la necesidad de una evaluación más profunda.

Tabla 4: Test de Whooley.
Fuente: Cartilla de Salud Maternal. Consejería de Salud. Gobierno del Principado de Asturias (2024).

Asimismo, se recomienda tener en cuenta algunos factores de riesgo, tales como:

- Ansiedad materna.
- Antecedentes en salud mental.
- Eventos vitales estresantes (enfermedad, divorcio, diagnóstico prenatal...).
- Pérdidas obstétricas: duelo perinatal.
- Falta de apoyo familiar/social.
- Rechazo del embarazo.
- Violencia de género.

Durante el periodo perinatal la violencia de género debe ser específicamente cribada: una vez en cada trimestre de embarazo y una vez más en el posparto. Para ello haremos uso del cuestionario WAST más la primera pregunta del AAS.

En el caso de que se detecten síntomas de alerta, se puede completar el cribado con la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS).

Otra escala interesante en este periodo que ayuda a la valoración del vínculo es el Test del Vínculo en el Posparto (PBQ).

CUIDADOS BÁSICOS PARA LA SALUD MENTAL

En la actualidad, existe una enorme presión sobre las madres para cumplir las distintas tareas: madre, mujer, trabajadora, esposa, amiga... que pueden hacer que una mujer se sienta incómoda y culpable con el autocuidado.

Existe el mito de que la "buena maternidad" es abnegación total por lo que si una es buena madre no necesita descansar ni tener apoyos, pudiendo realizar todas las tareas por una misma. Asimismo, algunos ven el autocuidado en la etapa perinatal desde una percepción errónea, como una forma de ser "mala" y "egoísta", lo que lleva a muchas mujeres a sentirse culpables por ello.

Desculpabilizar el autocuidado es un elemento básico. Cuidarse a una misma no es un lujo, sino una necesidad y una responsabilidad esencial para la salud de la madre y, por extensión, para el bienestar y el desarrollo óptimo de su hijo o hija y de toda la dinámica familiar. Una madre cuidada es una madre más disponible emocionalmente, más resiliente y con mayores recursos para la crianza. Cuidarse a una misma es parte del trabajo como madre.

Como ya comentamos en el embarazo, algunas prácticas que pueden ayudar a mantener o mejorar la salud mental en este proceso son:

ALIMENTACIÓN

Seguir una alimentación equilibrada facilita una adecuada salud mental, ayudando no solo a nuestro cuerpo sino también a nuestra mente. Una dieta rica en verduras, frutas y proteínas es un factor protector de nuestra salud física y mental.

EJERCICIO FÍSICO

El ejercicio físico es un gran regulador del estado emocional, ayudando a reducir los niveles de ansiedad y mejorar el estado de ánimo. Practicar un ejercicio físico adecuado, acorde con el entrenamiento y nivel físico previo, puede ayudar a mantener o mejorar la salud mental. Incluso unos pocos minutos de actividad física pueden mejorar el estado emocional de una persona. Se puede empezar poco a poco e incrementar el nivel según se vaya teniendo más energía.

A algunas personas les cuesta encontrar la oportunidad o energía para comenzar. Puede que tener una amiga con la que compartir la actividad ayude.

SUEÑO Y DESCANSO

Es importante mantener un horario de sueño y descanso regular. La falta de sueño tiene un impacto muy negativo sobre el estado de ánimo, provocando una mayor irritabilidad, cansancio físico y psicológico, además de disminuir nuestras capacidades cognitivas. De la misma manera, el descanso es necesario para restaurar la salud de nuestro cerebro.

Dormir y descansar deben ser tareas prioritarias a lo largo de la jornada, por delante de cualquier otra. Aquellas mujeres que abordan su primera maternidad podrán acompasar su descanso con el de su hijo o hija, intentado dormir cuando el/ella lo hace. En maternidades sucesivas esta práctica se complica siendo indispensable el apoyo de la pareja, amistades y familiares.

MANTENER ACTIVIDADES GRATIFICANTES

En ocasiones resulta difícil encontrar tiempo para realizar actividades que nos gustan (salir con amigos/as, practicar hobbies...). Es importante mantenernos conectados a aquello que nos satisface para mantener un buen estado de ánimo y una sensación de identidad propia más allá de la maternidad. No hace falta que sean actividades con un gran coste de tiempo, el ver una serie que nos guste puede ser un ejemplo de algo gratificante.

Es importante tener diseñada una lista de actividades placenteras ya que puede ser de ayuda para mejorar el estado de ánimo en caso necesario. Esta lista debe ser individual y personal ya que no a todo el mundo le satisfacen las mismas cosas. En general, se recomienda incluir actividades individuales y actividades con otras personas.

Muchas mujeres asumen que convertirse en madres implica renunciar a muchas de las cosas que les gustan. Aunque esto puede ser así en algunos sentidos, se pueden encontrar aquellos aspectos positivos que conllevan convertirse en madre e integrar la nueva identidad maternal con la anterior.

A **Actividad 2.3: LISTA DE ACTIVIDADES GRATIFICANTES Y ASPECTOS POSITIVOS DE LA MA(PA)TERNIDAD**

BUSCAR PERSONAS DE APOYO

El nacimiento de un hijo o hija conlleva una mayor dificultad para realizar actividades debido a las necesidades de cuidado que conlleva. La corresponsabilidad en el cuidado y buscar personas que puedan brindarnos apoyo puede ayudar a reducir el estrés o sobrecarga que algunas veces se produce. El apoyo puede consistir en tener alguien con quien hablar o también puede ser de gran ayuda que otra persona se encargue de hacer las compras o la comida.

Es importante tener presente y pensar previamente en todas aquellas personas que puedan brindar apoyo para reducir el estrés, prevenir la sobrecarga y mitigar el riesgo de la salud mental. Pueden ser: amistades, familiares, personas del vecindario, compañeros y compañeras de trabajo, profesionales...

El "grupo de iguales como espacio de apoyo, aprendizaje y soporte" cobra un nuevo sentido en el puerperio. El contacto con otros grupos de madres puede ayudar también a no sentirse sola durante este proceso. Esta es una de las razones de ser de los grupos posparto.

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

A **Actividad 2.4: EJERCICIO DE RELAJACIÓN. ATENCIÓN PLENA**

REESTRUCTURACIÓN DE LA PAREJA

Resulta importante resaltar el papel de la pareja en la crianza como un elemento esencial. Es deseable que la pareja funcione como un equipo en el que el apoyo y la validación mutua sean pilares fundamentales.

Los nuevos progenitores se enfrentan a una nueva realidad donde deben redefinir sus roles y vínculos. La llegada de un hijo o hija cambia la relación de la pareja, especialmente cuando surgen desacuerdos respecto al tipo de educación o cuando una de las partes siente que no está siendo suficientemente apoyada. El cansancio acumulado y el estrés por la nueva situación favorecen la tensión y la irritabilidad. Asimismo, en ocasiones la pareja puede sentirse excluido/a, debido a la dedicación de la madre hacia su hijo/a, que se ha convertido en su eje central. Ambos miembros de la pareja experimentan una transformación identitaria, que puede generar desajustes si las expectativas sobre la nueva vida en común no se han alineado con la realidad.

El posparto, como toda situación de crisis vital, supone un importante reto, pero también una oportunidad para crecer, disfrutar de nuevas situaciones y formar nuevos y fortalecidos vínculos familiares.

Algunas cuestiones a tener en cuenta para facilitar este periodo son:

- La distribución clara y equitativa de las cargas de trabajo.
- Favorecer una comunicación abierta y fluida. Intentar expresar los sentimientos de manera asertiva utilizando mensajes en primera persona (“yo siento”, “yo necesito”). Es importante no esperar a que la otra persona “adivine” nuestras necesidades. Recordar que también está pasando por una situación estresante, por lo que la empatía y la escucha activa son básicas.
- Intentar buscar espacios en los que esté solo la pareja facilita que no se pierda ese rol fundamental en la familia.
- Ser flexibles ante los cambios y las demandas impredecibles del niño/a y el posparto. La rigidez puede aumentar el estrés y la frustración.
- Buscar ayuda profesional o terapia de pareja si se experimentan dificultades persistentes en la comunicación, conflictos que no se resuelven o un distanciamiento significativo que impacta en el bienestar de ambos.
- La pareja y/o entorno familiar y social deben prestar atención a la sintomatología que observan en la mujer y facilitar ayuda u orientación de profesionales.

CORRESPONSABILIDAD SOCIAL

El entorno social debe ser consciente de la importancia que tiene la salud mental materna, conociendo las dificultades reales que pueden existir, cómo identificar y cribar la necesidad de pedir ayuda profesional, bien acompañando a la madre en la toma de decisiones, bien facilitando que encuentre la orientación profesional necesaria. Por ello es importante que el entorno se implique desde el inicio del embarazo.

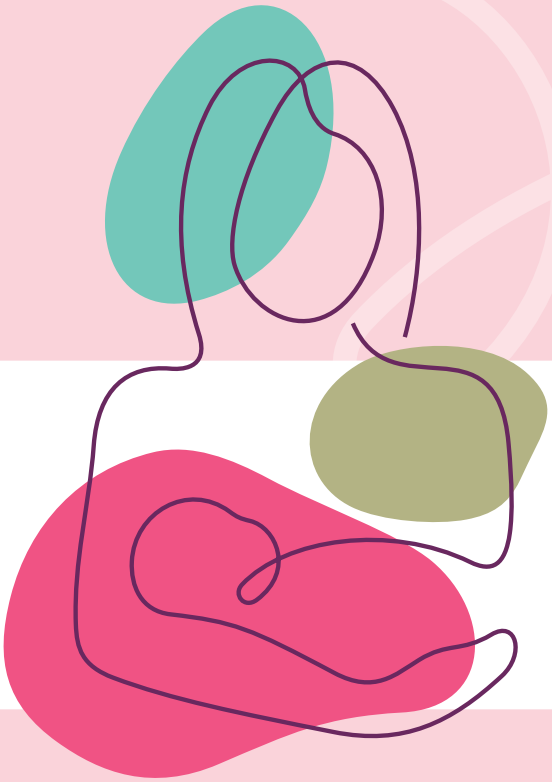
Se observa necesario implicar en visitas domiciliarias a profesionales sanitarios relacionados con la maternidad. La perspectiva in situ de la situación de la diada madre-bebé es necesaria para observar situaciones de riesgo y poder realizar el acompañamiento necesario dirigido a una maternidad saludable.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez López, A. (2023). Puérpera perdida: La transformación vital posparto. Ediciones Oberon.
- Rodríguez Muñoz, M.F. (Coord.). (2019). Psicología Perinatal. Madrid: Pirámide.
- Esteve, G. y Miyar, V. (2017). Manual de Psiquiatría Perinatal. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Bennett, S.S. e Indman P. (2016). Más allá de la melancolía. San Francisco: UntreedReads, LLC.

3

SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN EN EL POSPARTO



GUÍA PROFESIONAL

PARA LA EDUCACIÓN PARENTAL DURANTE

EL POSPARTO

Autoras:

MARÍA PATRICIA CAMPO GONZÁLEZ. Matrona. Unidad de Salud Sexual y Reproductiva. Área IV

ANDREA RODRÍGUEZ ALONSO. Matrona y enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Facultad de Enfermería (Universidad de Oviedo)

BELÉN VEGA ÁLVAREZ. Matrona. Área IV

Revisado por:

JOSÉ ANTONIO GARCÍA VÁZQUEZ. Enfermero. Técnico de salud de la Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Mental. Consejería de Salud. Responsable del programa “Ni ogros, ni princesas”

ÁNGELA YAMILETH TOBÓN TABORDA. Matrona. Vocal de la Asociación Profesional de Matronas del Principado de Asturias (APROMAP)

3

SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN EN EL POSPARTO

Índice

UNIDAD 3. VISIÓN GENERAL	4
SEXUALIDAD EN EL POSPARTO	5
ANTICONCEPCIÓN EN EL POSPARTO	7
BIBLIOGRAFÍA	15

UNIDAD 3	SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN EN EL POSPARTO
OBJETIVO GENERAL	Visibilizar los cambios en la salud sexual que pueden afectar a la mujer en el puerperio y dar a conocer los distintos métodos anticonceptivos disponibles.
RESULTADOS DEL APRENDIZAJE	Que las mujeres, sus parejas o acompañantes puedan: • Adquirir información sobre los cambios que experimenta la sexualidad en el puerperio y las distintas opciones de anticoncepción disponibles. • Adquirir habilidades para solventar los retos que supone el puerperio en la salud sexual de la mujer y su pareja. • Desarrollar actitudes para hablar más abiertamente de sexualidad, especialmente en el seno de la pareja.
TIEMPO	90-120 minutos
MATERIALES	• Tríptico: Sexualidad y anticoncepción en el puerperio.
DESARROLLO PRÁCTICO DE LA UNIDAD	• Actividad 3.1: A propósito de un caso. • Actividad 3.2: ¿Cuál es el método anticonceptivo para ti? Ejercicio sobre pros y contras.
MENSAJES CLAVE	• La sexualidad es un aspecto central del ser humano que experimenta modificaciones a lo largo de la biografía de las personas. • El puerperio es una de las etapas vitales en que la sexualidad de las mujeres puede verse más afectada debido no solo a los cambios físicos, sino al desajuste de roles. • Dichos cambios son únicos en cada puérpera y deben tenerse en cuenta desde una perspectiva integral. • El nivel de apoyo que la mujer recibe se relaciona con una mayor satisfacción sexual. • Animar a la mujer para que valore el puerperio como una oportunidad de enriquecer su relación con otras formas de acercamiento. • Animar a incrementar las muestras de afecto entre la pareja, mediante caricias, ternura o contacto físico. • Se debe llevar a cabo un abordaje de la sexualidad sin exigencias, centrado en el placer, no en la penetración ni el orgasmo. • Recordar que el inicio de la actividad sexual sin penetración se puede realizar cuando se desee, y con penetración tras el cese de los loquios y reparación del desgarro perineal, si lo hubiese. • Recordar que no todos los métodos anticonceptivos son compatibles con todas las mujeres y que existen condicionantes para recomendar uno u otro método e individualizar en función, principalmente, de la historia clínica, las preferencias, los antecedentes y las características de la mujer. • Los criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos y otros documentos de directrices consideran que los anticonceptivos no son necesarios durante los primeros 21 días tras el parto. • Es posible quedarse embarazada en el posparto, aunque no se haya reanudado el ciclo menstrual.

SEXUALIDAD EN EL POSPARTO

La sexualidad es un aspecto central del ser humano que experimenta modificaciones a lo largo de la biografía de las personas.

El puerperio es un periodo de adaptación en el que se producen diversas transformaciones. Se trata de una de las etapas vitales en que la sexualidad de las mujeres se puede ver más afectada, debido no solo a los cambios físicos propios de este periodo, sino al desajuste de roles que repercutirán en la calidad de vida de la mujer.

Dichos cambios son únicos en cada puérpera y deben tenerse en cuenta desde una perspectiva integral, ya que la forma en que la mujer y su pareja afronten esta transición es determinante para su bienestar.

CONDICIONANTES PARA EL REINICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN EL PUERPERIO

Las principales dificultades que podrían enfrentar las parejas después del parto tienen su origen en los cambios físicos y psicológicos que experimenta la mujer, así como en la relación de pareja y en las influencias socioculturales.

FACTORES FÍSICOS

Entre los factores físicos que condicionan la vivencia de la sexualidad se encuentran: el daño perineal, el dolor, la disminución de la lubricación, la distensión abdominal, la presencia de hemorroides, la presencia de posibles lesiones del suelo pélvico, el trauma en el esfínter anal o los cambios hormonales.

FACTORES PSICOLÓGICOS

A nivel psicológico, la mujer puede presentar sentimientos negativos por la nueva imagen corporal, cansancio debido a las demandas de cuidado de la criatura recién nacida, inseguridad sobre el desempeño de los cuidados como madre, cambios en las necesidades afectivas, miedos relacionados con la sexualidad o tristeza puerperal.

La falta de sueño por los continuos despertares o la fatiga física y mental son factores que afectan a la sexualidad de las parejas, reduciendo el deseo y la energía, así como su satisfacción.

Además, algunas mujeres se sienten desplazadas tras el parto, pasando sus necesidades a un segundo plano, lo que repercute en su autoestima y sexualidad.

La aceptación por parte de la mujer de los cambios corporales durante el puerperio puede afectar a la expresión de la sexualidad, de modo que las mujeres que aceptan sus cambios corporales tienen relaciones sexuales más satisfactorias.

FACTORES SOCIALES

Desde el punto de vista social, la vida sexual se ve afectada por la falta de tiempo, la adaptación al nuevo rol materno, la necesidad de reconocimiento social y familiar, y el condicionamiento del entorno que transmite consejos que pueden crear inseguridad.

La asunción del rol social de madre, asociado a la abnegación o la incorporación temprana al trabajo, debiendo sacrificar otros roles, entre los que destaca la sexualidad, influyen negativamente.

PAREJA Y PUERPERIO

Tras la llegada de un nuevo miembro a la familia, se producen cambios en la relación de pareja. Esto es debido a múltiples causas.

Las parejas tienen dificultades para encontrar un equilibrio entre el rol como padres y como seres deseantes, ya que los cambios fisiológicos y psicológicos que se producen en la mujer, junto con la falta de tiempo, ocasionan un descenso en la intimidad, frecuencia y satisfacción sexual, que en escasas ocasiones es verbalizado por las mujeres.

Afloran dudas de si tras el parto su vida sexual volverá a ser igual, por otro lado, se produce un desplazamiento de la atención hacia la criatura recién nacida. En ocasiones, aparece temor por parte de la mujer a no volver a excitarse, a no poder llegar al orgasmo o a los efectos de los cambios en sus genitales. Así mismo, la pareja puede presentar miedo a que la mujer no recupere el interés sexual.

El nivel de apoyo que la mujer recibe se relaciona con una mayor satisfacción sexual. Por otro lado, es importante potenciar la comunicación sobre las expectativas sexuales de la pareja en el puerperio, ya que muchas mujeres tienen tendencia a la autoexigencia, reiniciando las relaciones, pese a que ellas mismas no tienen suficiente deseo sexual.

Otro de los condicionantes del deseo sexual en el puerperio es la presencia de la criatura recién nacida en la habitación de la pareja debido a la necesidad constante de cuidados, dificultando la frecuencia de los encuentros sexuales y provocando frustración e insatisfacción.

Si su presencia es un problema:

- Aclarar que el bebé no es consciente de lo que sucede.
- Explorar otros espacios de la casa puede ser buena idea. Las parejas que colechan con sus hijos/as durante años mantienen relaciones casi en cualquier lugar de la casa. La cama acaba convertida en un espacio excepcional.

A Actividad 3.1: A PROPÓSITO DE UN CASO

SEXUALIDAD DURANTE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna condiciona la disminución de estrógenos en la mujer, hecho que se asocia a un menor deseo sexual, adelgazamiento de las paredes vaginales y disminución de la lubricación genital. A su vez, los altos niveles de prolactina en sangre se relacionan con la disminución de la testosterona, hormona que potencia el deseo sexual.

La producción de oxitocina durante las tomas puede provocar excitación de la mujer que, si desconoce este hecho, puede sentirse culpable. Además, existe la posibilidad de que se produzca la expulsión de leche durante las relaciones sexuales.

Como efectos positivos, estarían el aumento de tamaño y sensibilidad de los pechos, dada la visión erótica del pecho en occidente.

ANTICONCEPCIÓN EN EL POSPARTO

En este apartado se explican los diferentes métodos anticonceptivos en relación al posparto y al tipo de lactancia elegida para el hijo o la hija.

Antes de empezar, es importante entender que no todos los métodos anticonceptivos son compatibles con todas las mujeres y que existen condicionantes para recomendar uno u otro método e individualizar en función, principalmente, de la historia clínica y las preferencias, así como de los antecedentes y las características de cada mujer.

Los criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos y otros documentos de directrices consideran que los anticonceptivos no son necesarios durante los primeros 21 días tras el parto y sugiere que los profesionales sanitarios promuevan durante el puerperio la realización de un consejo contraceptivo individualizado con las mujeres y sus parejas.

Debemos destacar que es posible quedarse embarazada en el posparto, aunque no se haya producido todavía la primera menstruación tras el parto. Por lo tanto, si no se desea otro embarazo pronto, se recomienda empezar a usar algún método anticonceptivo lo antes posible después del parto.

Y recordar a la mujer y a su pareja que salvo los métodos de barrera, el resto de anticonceptivos no nos protegen frente a las infecciones de transmisión sexual. Además, los métodos hormonales pueden tener efectos secundarios, como cualquier medicamento, por lo que su uso debe contar con consejo profesional para reducir los posibles riesgos.

MÉTODOS COMPATIBLES CON LA LACTANCIA MATERNA

1 MÉTODOS NATURALES

A) Método MELA

El Método de la Amenorrea de la Lactancia (MELA) es un método anticonceptivo natural que se basa en que durante los primeros meses después del parto, mientras la madre esté dando lactancia materna exclusiva, el cuerpo produce altas cantidades de prolactina, una hormona que suprime la ovulación.

Requisitos para que el MELA sea efectivo:

- Lactancia materna exclusiva: el bebé debe ser amamantado exclusivamente (sin usar biberones ni otros líquidos o alimentos), al menos cada 4 horas durante el día y cada 6 horas durante la noche.
- Ausencia de menstruación.
- Primeros 6 meses: el MELA es efectivo durante los primeros 6 meses después del parto. A medida que pasa el tiempo y la frecuencia de las tomas de leche se reduce, la probabilidad de ovulación aumenta, por lo que este método deja de ser fiable.

Ventajas:

- Natural: no involucra hormonas ni dispositivos artificiales.
- Económico y accesible: no requiere gasto alguno.
- Beneficioso para la madre y su hijo o hija: la lactancia materna tiene múltiples beneficios para la salud del niño o niña y también para la madre.

Desventajas:

- Requiere disciplina: debe seguirse estrictamente para que sea efectivo.
- Temporal: solo es efectivo en los primeros 6 meses posparto.
- No protege contra infecciones de transmisión sexual (ITS): si se desea protección adicional es necesario usar métodos de barrera, como el preservativo.
- El porcentaje de embarazos no deseados oscila entre 2 y el 27%. (Indice de Pearl: 0,2 y 2,7)

En resumen, el MELA puede ser una buena opción si se desea evitar el uso de anticonceptivos hormonales y se está amamantando exclusivamente, pero es fundamental que se sigan los requisitos estrictamente y considerar el cambio de método como máximo a los 6 meses o antes si se deja de cumplir alguno de ellos.

B) Otros métodos naturales

Existen otros métodos naturales como son el método del calendario, el método de los días fijos, el método de los dos días, el método de la temperatura, el método ciclotérmico, el método mucotérmico, el método Billings y el método sintotérmico.

No son recomendables en el posparto por los siguientes motivos:

- Los ciclos menstruales suelen ser irregulares por lo que es más difícil predecir cuándo ocurrirá la ovulación.
- Durante la lactancia, las fluctuaciones hormonales pueden afectar la calidad y la cantidad del moco cervical lo que puede dificultar la identificación clara de los días fértiles y no fértiles.
- Puede estar alterada la temperatura basal debido a factores hormonales y a la falta de regularidad en el ciclo menstrual.

2 MÉTODOS DE BARRERA

A) Preservativo masculino

El preservativo masculino es uno de los métodos anticonceptivos más conocidos y utilizados en todo el mundo. Consiste en una funda de látex o material similar que se coloca sobre el pene erecto antes de la penetración. Actúa como una barrera que evita que el esperma entre en la vagina. Previene, además de embarazos no deseados, de infecciones de transmisión sexual.

Efectividad del preservativo masculino:

- Uso perfecto: con el uso perfecto (colocación correcta en cada ocasión), el preservativo masculino tiene una tasa de efectividad del 98%.
- Uso típico: con el uso típico (cuando no se coloca correctamente en todas las ocasiones), la tasa de efectividad es del 85%.

B) Preservativo femenino

El preservativo femenino es una funda flexible y suave que se coloca dentro de la vagina antes de la relación sexual para bloquear el paso de esperma al útero.

Generalmente está hecho de látex o un material sintético similar (como el nitrilo), y tiene una forma de bolsa o funda.

Tiene un tamaño más grande que el preservativo masculino y está diseñado para insertarse dentro de la vagina. Tiene un anillo flexible en cada extremo: uno se coloca dentro de la vagina y el otro queda en la parte exterior de la vulva, cubriendo parcialmente los genitales externos.

Se debe insertar en la vagina antes del acto sexual. Para insertarlo, se aprieta un extremo del preservativo para introducirlo en la vagina, asegurándose de que cubra completamente el cuello uterino.

Efectividad del preservativo femenino:

- Cuando se usa correctamente, es de alrededor del 95%. Si no se usa correctamente, la tasa de efectividad puede disminuir.
- Al igual que el preservativo masculino, previene las infecciones de transmisión sexual.

C) Diafragma y capuchón cervical

Son métodos anticonceptivos de barrera, libres de hormonas, reutilizables y generalmente sin látex que cubren por completo el cuello uterino. Ambos se deben colocar como máximo 2 horas antes de mantener relaciones vaginales con penetración y se deben retirar al menos 6 horas después.

Debido a los cambios anatómicos durante el puerperio, se aconseja su uso a partir de las 6 semanas tras el parto en el caso de los diafragmas y 8-10 semanas en el caso de los capuchones cervicales.

Se recomienda el uso conjunto con espermicida, ya que mejora el efecto barrera, además de crear un ambiente desfavorable para los espermatozoides. El espermicida es compatible con la lactancia materna.

Nunca debe permanecer más de 24 horas seguidas en la vagina.

Si la mujer usaba un diafragma convencional o un capuchón cervical previo al parto hay que avisarla de que probablemente tenga que cambiar la talla tras el parto.

3 MÉTODOS DE SOLO GESTÁGENOS

A) Píldoras de solo gestágenos (PSG)

En España actualmente existen comercializadas dos tipos de PSG:

- Desogestrel 75 mcg, en formulación de 28 comprimidos activos.
- Drospirenona 4mg, en pauta 24+4.

Actúan inhibiendo la ovulación y aumentando el volumen y viscosidad del moco cervical.

- Se puede comenzar con la PSG cualquier día entre el día 21 y el día 28 después del parto. En este caso, o si el inicio del tratamiento se produce entre el día 1 y el 5 del ciclo menstrual, no es necesaria protección anticonceptiva adicional.
- Por el contrario, si se comienza más tarde del día 28 tras el parto o en cualquier otro momento del ciclo menstrual que no sea entre el día 1 y 5, se deberá utilizar un método anticonceptivo de barrera durante las primeras 48 horas para asegurar la protección mientras la PSG alcanza su máxima eficacia.

Si se usan de forma correcta tienen más de 99% de efectividad.

Las usuarias deben conocer cómo manejar los vómitos o diarrea en las 3-4 horas siguientes a la toma del comprimido y cómo manejar los olvidos.

Es importante explicar previamente que los cambios en el patrón de sangrado son inherentes a la PSG y son impredecibles de antemano. Informar a las mujeres de estos cambios reduce la tasa de abandonos.

Es recomendable una cita a los 3-6 meses del inicio del método.

B) Implante anticonceptivo

El único implante comercializado actualmente en España es el Implanon NXT®. Dicho implante es una varilla flexible que contiene 68 mg de etonogestrel.

Se inserta por vía subcutánea, con anestesia local en la cara interna de la parte superior del brazo no dominante y es un método reversible de larga duración ya que confiere una eficacia anticonceptiva durante 3 años.

El efecto anticonceptivo se consigue principalmente por inhibición de la ovulación. La tasa de embarazos es de un 0,05% siendo uno de los métodos más eficaces.

El implante se puede insertar inmediatamente después del parto.

Si se inserta dentro de los 21 días siguientes al parto no es necesario método anticonceptivo adicional. Si se inserta después de 21 días tras el parto, se debe recomendar la utilización un método anticonceptivo de barrera durante 7 días.

Es muy importante explicar previamente a las mujeres que pueden experimentar cambios en su patrón de sangrado menstrual siendo imprevisibles de antemano. Una de cada 5 mujeres experimenta amenorrea mientras que otra de cada 5 presenta sangrado frecuente y/o prolongado. Conocer esto de antemano facilita la adherencia al método.

Para la extracción del implante se utiliza también anestesia local y si la mujer desea continuar con el implante se puede insertar uno nuevo inmediatamente después de la extracción del anterior usando la misma incisión.

Se recomienda realizar una cita de control de tolerancia a los 3 meses.

C) Depo-progevera intramuscular

El acetato de medroxiprogesterona es un anticonceptivo de larga duración, cuyo uso resulta adecuado en mujeres a las que se les ha informado de la posibilidad de trastornos menstruales y un potencial retraso en la reaparición de la fertilidad de forma completa.

Se administra mediante inyección intramuscular profunda en el glúteo mayor cada 12 semanas.

En el posparto, si la madre no amamanta a su hijo o hija, se puede administrar la primera inyección dentro de los 5 días posteriores al parto. Es importante informar a la mujer que puede experimentar hemorragias prolongadas e intensas en el puerperio inmediato. Por ello, este medicamento deberá ser utilizado con precaución durante el puerperio.

Aquellas mujeres que acaben de dar a luz y estén amamantando a su bebé, se les podrá administrar este medicamento desde la sexta semana tras el parto.

Si la mujer ya ha tenido la menstruación tras el parto, la primera dosis se puede administrar en cualquier momento del ciclo menstrual, pero se recomienda hacerlo durante los primeros 5 días del ciclo para asegurar que la mujer no esté embarazada. Si no se aplica en el primer día de la menstruación, puede ser necesario usar un método anticonceptivo adicional (como preservativos) durante los primeros 7 días para garantizar que sea efectivo.

Tras 2 años de uso, se deberá realizar una reevaluación cuidadosa de los beneficios y riesgos por la posible pérdida de densidad mineral ósea (DMO).

El patrón de sangrado con este método es muy variable, incluyendo amenorrea, sangrados irregulares y manchados. Es importante informar para favorecer la adherencia al método.

D) Dispositivo Intrauterino de levonorgestrel (DIU-LNG)

Los DIU-LNG son métodos reversibles de larga duración.

Consisten en un dispositivo que libera de forma continua y estable levonorgestrel (LNG) directamente en la cavidad uterina, lo que permite una dosis diaria de gestágeno muy baja al liberarse la hormona directamente en el órgano diana. Provoca varios efectos a nivel local: espesa el moco cervical, inhibe el crecimiento del endometrio, etc. Además, el dispositivo actúa como un cuerpo extraño en el útero, lo que desencadena una reacción inflamatoria que reduce la movilidad y viabilidad de los espermatozoides.

A día de hoy, existen cuatro DIU LNG comercializados en España con distintos contenidos de LNG:

- 52mg (Mirena/Levosert): eficacia anticonceptiva durante 8 años.
- 19,5mg (Kyleena): eficacia durante 5 años.
- 13,5 mg (Jaydess): eficacia durante 3 años.

La probabilidad de embarazo a los 5 años de uso oscila entre un 0,11%-0,33%.

Además de su alta eficacia anticonceptiva, disminuye la dismenorrea, el sangrado menstrual se reduce hasta en un 90% pudiendo llegar a presentar amenorrea hasta un 40% de las mujeres en función del tipo de DIU-LNG escogido.

Transmitirles esta información a las mujeres es fundamental para favorecer la adhesión a este método, resolviendo si es preciso falsos mitos sobre la posible amenorrea.

El DIU-LNG se puede insertar en cualquier momento del ciclo menstrual si existe seguridad de ausencia de gestación. Aproximadamente a las 6 semanas de colocación se recomienda una consulta de control.

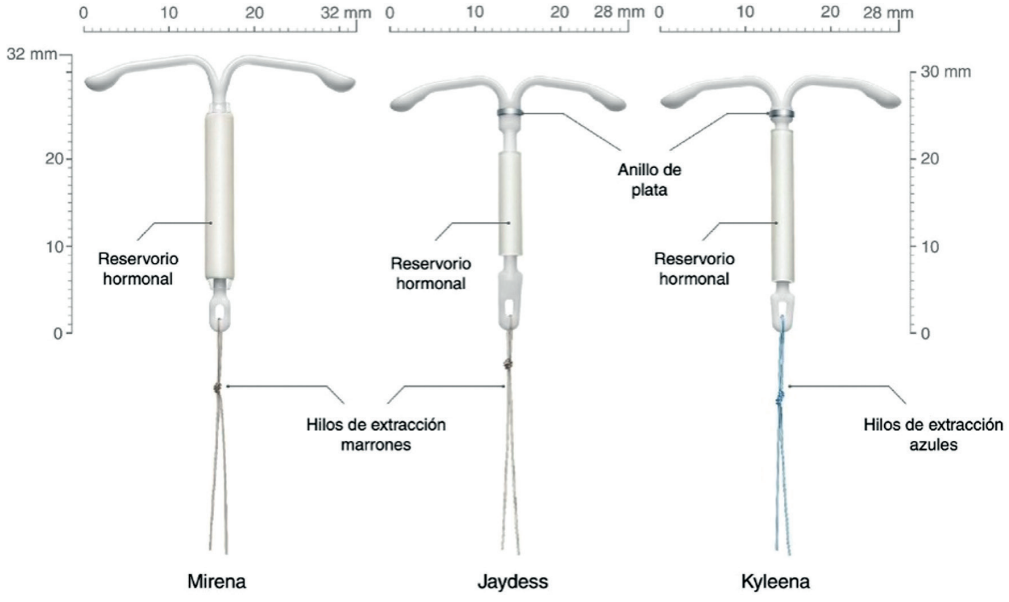


Figura 4: Diferencias morfológicas entre Mirena, Kyleena y Jaydess.
Fuente: Guía para profesionales de la salud. Bayer (2022).

4 DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE (DIU-CU)

Los DIU-Cu son métodos reversibles de larga duración.

Al no depender de la usuaria es un método altamente eficaz, la tasa de embarazo oscila entre 0,1-1%, con una duración de entre 5 y 10 años.

No lleva medicación. El mecanismo de acción es fundamentalmente espermicida.

Es posible que aumente la cantidad y duración del sangrado, así como la dismenorrea que habitualmente mejora a partir de los 3-6 meses de uso. Transmitirles esta información a las mujeres es fundamental para favorecer la adhesión a este método.

El DIU-Cu se puede insertar en cualquier momento del ciclo menstrual si existe una seguridad de ausencia de gestación siendo efectivo inmediatamente tras la inserción. Se puede retirar en cualquier momento del ciclo.

Tras la primera menstruación con el DIU o a las 3-6 semanas de colocación se recomienda una consulta de revisión.

5 MÉTODOS IRREVERSIBLES

Ambas opciones deben considerarse, en principio, como métodos definitivos por lo que debe haberse satisfecho el deseo genésico. Están financiados por la Seguridad Social.

A) Anticoncepción definitiva femenina

La ligadura de trompas, también llamada bloqueo tubárico, consiste en la obstrucción o sección de las trompas que impide el paso de los espermatozoides para la fecundación del ovocito.

Hay una tendencia creciente de realizar salpinguectomía bilateral como estrategia para intentar disminuir la incidencia del cáncer de ovario.

Se puede realizar tras el parto, en el transcurso de una cesárea tras la salida de la criatura o fuera del periodo posparto.

Es importante que la usuaria conozca la existencia de otros métodos reversibles, incluyendo los anticonceptivos de larga duración, con tasas de eficacia iguales o superiores a la ligadura y sin pasar por un quirófano, así como la vasectomía como alternativa más segura.

B) Vasectomía

Consiste en aislar y ocluir los conductos deferentes, generalmente de forma ambulatoria y con anestesia local, interrumpiendo así el paso de los espermatozoides. La tasa de embarazo es de un 0,05%.

Es necesario realizar un análisis del semen entre las 12-16 semanas de la intervención para comprobar que no haya espermatozoides en el semen eyaculado.

Es necesario recordar a la paciente y a su pareja que, en comparación con la ligadura de trompas, esta opción es aún más eficaz en la prevención del embarazo, además de ser una operación más sencilla, rápida, segura y menos costosa.

6 ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA

La anticoncepción de urgencia (AU) consiste en el uso de un fármaco o dispositivo para prevenir un embarazo después de una relación sexual sin protección o en caso de potencial fallo del método anticonceptivo.

Es una opción de “segunda oportunidad” para evitar un embarazo no deseado, pero no debe considerarse un método anticonceptivo habitual.

La AU no se precisa dentro de los primeros 21 días tras el parto.

Actualmente en España existen tres posibilidades que se describen a continuación:

A) Levonorgestrel

Se administra en una única dosis de 1.5 mg. Es más eficaz si se toma lo antes posible después de la relación sexual sin protección, dentro de las primeras 72 horas.

Se puede adquirir sin receta en farmacias o de forma gratuita en los servicios sanitarios (centros de salud, unidades de salud sexual y reproductiva, etc.).

B) Acetato de ulipristal

Se administra en una única dosis de 30 mg. Es más eficaz si se toma lo antes posible después de la relación sexual sin protección, dentro de las primeras 120 horas.

En el caso de mujeres lactantes, la ficha técnica del producto y diversos organismos recomiendan no dar lactancia materna al bebé durante 7 días, 36 horas o 24 horas (según la fuente consultada) después de tomar este medicamento y recomiendan que, durante dicho tiempo, la mujer utilice un sacaleches para mantener la producción, pero deseche la leche extraída. Sin embargo, en www-e-lactancia.org lo consideran un producto seguro y compatible con la lactancia materna.

Se puede adquirir sin receta en farmacias.

C) Dispositivo intrauterino de cobre (DIU-CU)

Es el más efectivo de los tres métodos, siendo la tasa de fracaso del 0,09%.

La inserción de un DIU como AU es eficaz hasta 120 horas después del coito de riesgo. Se puede colocar como AU a partir de las 4 semanas posparto.

El aspecto más positivo de este método es, además de su alta eficacia, la posibilidad que brinda de mantenerlo como anticoncepción a largo plazo, siendo por tanto la opción más costo-efectiva, aunque de más difícil acceso ya que tiene que ser insertado por personal sanitario entrenado.

MÉTODOS NO COMPATIBLES CON LA LACTANCIA MATERNA

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS

Los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) son medicamentos que contienen un estrógeno (generalmente etinilestradiol, a dosis entre 35 y 15 microgramos diarios, aunque también puede ser un estrógeno natural) y un progestágeno sintético.

Pueden administrarse por diversas vías y su principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación, lo que les otorga una alta efectividad anticonceptiva, que revierte al suspender su uso.

En general los AHC disminuyen el volumen de sangrado menstrual, mejoran la dismenorrea, algunos preparados pueden mejorar el acné, etc.

Los efectos adversos varían en función de cada usuaria, pero pueden incluir: cefalea, mastalgia, disminución de la líbido y/o del estado de ánimo.

El riesgo relativo de tromboembolismo venoso es de 3 a 4 veces mayor en las usuarias en comparación con las no usuarias, y varía según la composición hormonal del preparado. Aun así, este riesgo es mucho más bajo que el riesgo tromboembólico asociado al embarazo, parto y puerperio.

Dado que los estados hipertensivos pueden contraindicar el uso de estos productos de manera absoluta o relativa, se recomienda medir la tensión antes de prescribirlos.

En relación al posparto, los anticonceptivos hormonales combinados no deben ser usados, es decir, están contraindicados (categoría 4 de la OMS) en las siguientes situaciones:

- Lactancia materna en las primeras 6 semanas posparto.
- Mujeres no lactantes en las primeras 3 semanas posparto, si existen otros factores de riesgo de tromboembolismo venoso (Inmovilidad, transfusión, IMC > 30, parto por cesárea...)

Podría considerarse su uso, aunque los riesgos superen los beneficios (categoría 3 de la OMS), solo cuando no hay otras opciones disponibles o éstas no son aceptadas en las siguientes circunstancias:

- Lactancia materna entre las 6 semanas posparto y los 6 meses.
- Posparto inmediato sin lactancia (primeras 3 semanas).
- Entre 21 y 42 días posparto, si existen otros factores de riesgo para TVP.

1. Vía oral

Existen diversos tipos de píldoras en función de la dosis y la combinación de estrógeno y progestágeno.

Lo más habitual son blísters de 21 comprimidos activos y 7 de placebo (21+7). Aunque puede haber más combinaciones como la pauta 24+4, pautas prolongadas o continuadas.

Es muy importante explicar a las usuarias la posibilidad de spotting durante los primeros meses, los posibles efectos secundarios, cómo manejar los olvidos, así como qué hacer en caso de vómitos y diarreas intensas en las 3-4 horas posteriores a la toma del comprimido.

2. Vía vaginal (anillo)

Estos dispositivos son de uso intravaginal mensual, y liberan 120 microgramos de etonogestrel y 15 microgramos de etinilestradiol diarios durante 3 semanas.

La usuaria inserta un anillo manteniéndolo en la vagina durante 3 semanas, tras las cuales se realiza su extracción. Tras una semana de descanso en la que ocurre el sangrado por deprivación se coloca un nuevo anillo.

El perfil farmacocinético es similar al de la vía oral, lo que significa que los cambios metabólicos, efectos secundarios, indicaciones, contraindicaciones y perfil de seguridad son comparables.

Entre las ventajas destacan que no pierde eficacia si hay vómitos o diarreas, la dosis hormonal es más baja que la de la píldora combinada y mejora el cumplimiento al no requerir aplicación diaria.

3. Vía transdérmica (parche)

Los anticonceptivos hormonales combinados también se pueden administrar a través de parches transdérmicos de uso semanal. Cada parche libera 150 microgramos de norelgestromina y 20 microgramos de etinilestradiol durante 24 horas. Se utilizan tres parches por ciclo, aplicados de manera semanal, seguidos de una semana de descanso en la que se produce el sangrado por deprivación.

Los efectos metabólicos, los posibles efectos secundarios, las indicaciones, contraindicaciones y el perfil de seguridad son similares a los de la vía oral. Entre las ventajas se destacan que no pierden eficacia si hay vómitos o diarreas, su colocación es fácil y, al no requerir aplicación diaria, mejora el cumplimiento.

Sin embargo, no se recomienda su uso en mujeres que pesen más de 90 kg.



Actividad 3.2: ¿CUÁL ES EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO PARA TI? EJERCICIO SOBRE PROS Y CONTRAS

BIBLIOGRAFÍA

- Delgado-Pérez, E., Rodríguez-Costa, I., Vergara-Pérez, F., Blanco-Morales, M., & Torres-Lacomba, M. (2022). Recovering Sexuality after Childbirth. What Strategies Do Women Adopt? A Qualitative Study. Int J Environ Res Public Health, 19(2), 950. doi: 10.3390/ijerph19020950. PMID: 35055771; PMCID: PMC8775547.

- Tang, L., Tiggemann, M., &Haines, J. (2022). Fitmom: an experimental investigation of the effect of social media on body dissatisfaction and eating and physical activity intentions, attitudes, and behaviours among postpartum mothers. BMC Pregnancy Childbirth, 22(1), 766. doi: 10.1186/s12884-022-05089-w. PMID: 36224523; PMCID: PMC9555257.

- Nagl, M., Jepsen, L., Linde, K., &Kersting, A. (2021). Social media use and postpartum body image dissatisfaction: The role of appearance-related social comparisons and thin-ideal internalization. Midwifery, 100, 103038. doi: 10.1016/j.midw.2021.103038. Epub 2021 May 15. PMID: 34051430.

- Holanda, J. B. L., Richter, S., Campos, R. B., Trindade, R. F. C., Monteiro, J. C. S., & Gomes-Sponholz, F. A. (2021). Relationship of the type of breastfeeding in the sexual function of women. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 29, e3438.

- Pardell-Domínguez, L., Palmieri, P., Domínguez-Cancino, K., Camacho-Rodríguez, D., Edwards, J., Watson, J., & Leyva-Moral, J. (2021). The meaning of postpartum sexual health for women living in Spain: a phenomenological inquiry. BMC Pregnancy and Childbirth, 21, 92.

- Ferre Garcés, S. (2021). Experiencias de las mujeres sobre la sexualidad en el postparto: un estudio fenomenológico [TFM en internet]. Almería: Facultad Ciencias de la Salud. Disponible en: http://hdl.handle.net/10835/13736

- Fuchs, A., Czech, I., Dulska, A., &Drosdzol-Cop, A. (2021). The impact of motherhood on sexuality. Ginekologia Polska, 92(1), 1-6.

- He, S., Jiang, H., Qian, X., &Garner, P. (2020). Women´s experience of episiotomy: a qualitative study from China. BMJ Open, 10.

- Finlayson, K., Crossland, N., Bonet, M., &Downe, S. (2020). What matters to women in the postnatal period: a meta-synthesis of qualitative studies. PLoS ONE, 15(4).

- Robles, L. G., & Raposo, P. M. (2020). La sexualidad femenina en el puerperio desde la metodología cualitativa. NPunto, 3(33), 107-120.

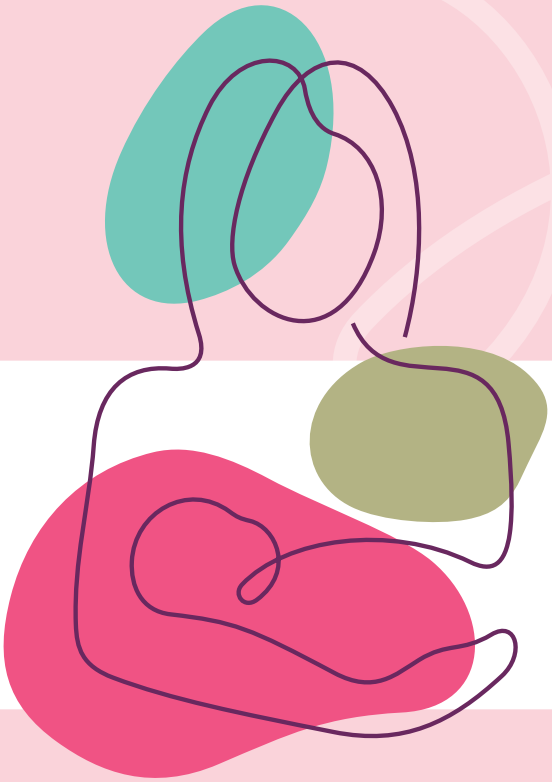
- Serrano Drozdowskyj, E., Gimeno Castro, E., Trigo López, E., Bárcenas Taland, I., & Chiclana Actis, C. (2020). FactorsI nfluencing Couples' Sexuality in the Puerperium: A Systematic Review. Sex MedRev, 8(1), 38-47. doi: 10.1016/j.sxmr.2019.07.002. Epub 2019 Aug 22. PMID: 31447412.

- Delbono González, V. (2018). Abordaje de la sexualidad en el periodo grávido-puerperal. Anfamed, 5(2), 141-145. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S2301-12542018000141&lng=es.

- Pascoal, P. M., Santa Bárbara, I., & Monteiro, N. (2014). What is sexual satisfaction? Thematic analysis of lay people´s definitions. Journal of Sex Research, 5(1), 22-30.
- Enderle, C. F., Kerber, N. P. C., Lunardi, V. L., Nobre, C. M. G., Mattos, L., & Rodrigues, E. F. (2013). Condicionantes y/o determinantes del retorno a la actividad sexual en el puerperio. Rev. Latino-Am. Enfermagem.
- Hipp, L. E., Low, L., & Van Anders, S. M. (2012). Exploring women´s postpartum sexuality. Social, psychological, relational and birth-related contextual factors. The Journal of Sexual Medicine, 9, 2330-2341.
- Sexualidades y Atención Primaria. Una propuesta para el abordaje de las sexualidades desde Enfermería. Disponible en: https://www.astursalud.es/documents/35439/38712/Sexualidades+y+AP.pdf/782679e5-b2a1-d8a1-08d0-b43146ae3372?t=1571054813053
- Leal, I., Lourenco, S., Oliveira, R., Carvalheira, A., &Maroco, J. (2012). The impact of childbirth on female sexuality. Psychology, Community&Health, 1(1), 127-139.
- Sánchez, S., & Casado, M. E. (1996). Vida sexual en el postparto. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. "Salud Reproductiva en el Período Post-parto: Manual para el entrenamiento del personal de los servicios de salud". Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER).
- Márquez Carrasco, Á. M. (2014). Dificultades en el reinicio de las relaciones sexuales de la pareja en el periodo puerperal. Biblioteca Lascasas, 10(3). Disponible en: http://www.index-f.com/lasc
- SEC. (s.f.). PROTOCOLO SEC DIU-LNG.
- SEC. (s.f.). Ficha técnica implanon NXT. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/62628/FT_62628.html#2
- SEC. (s.f.). PROTOCOLO SEC Píldora solo gestágenos (PSG).
- SEC. (s.f.). WEB DE USUARI@S DE ANTICONCEPCIÓN DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CONTRACEPCIÓN.
- SEC. (s.f.). ficha técnica depo-progevera. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/46983/46983_ft.pdf
- SEC. (s.f.). PROTOCOLO SEC Esterilización Femenina Permanente.

4

CORRESPONSABILIDAD Y COEDUCACIÓN



GUÍA PROFESIONAL

PARA LA EDUCACIÓN PARENTAL DURANTE

EL POSPARTO

Autoras:

ANDREA NÚÑEZ GONZÁLEZ. Enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Técnica de salud de la Dirección General de Cuidados y Coordinación Sociosanitaria. Consejería de Salud

ANA REYERO HIDALGO. Enfermera del Servicio de Atención Continuada (SAC). Área IV

MARÍA JOSEFA ÁLVAREZ MARTÍN. Socióloga. Instituto Asturiano de la Mujer

Revisado por:

LAURA VIÑUELA SUÁREZ. Consultara de Género. Espora

CHIARA CONTRERAS MARIANI. Gestora de Recursos Humanos. Representante de la Asociación Amamantar

4

CORRESPONSABILIDAD Y COEDUCACIÓN

Índice

UNIDAD 4. VISIÓN GENERAL	4
YO HIJO, YO HIJA	5
YO MADRE, YO PADRE	5
ROLES DE GÉNERO	6
MODELOS DE GÉNERO	7
CORRESPONSABILIDAD MATERNA Y PATERNA EN EL TRABAJO DE CUIDAR	8
PERMISOS PARA EL CUIDADO	10
COEDUCACIÓN	11
BIBLIOGRAFÍA	15

UNIDAD 4	CORRESPONSABILIDAD Y COEDUCACIÓN
OBJETIVO GENERAL	Trabajar los conceptos de corresponsabilidad y coeducación como base para construir una sociedad más equitativa y justa.
RESULTADOS DEL APRENDIZAJE	Que las mujeres, sus parejas o acompañantes puedan: • Adquirir información sobre los roles de género y cómo nos condicionan. • Adquirir habilidades para reflexionar y ser autocríticos/as. • Desarrollar actitudes para desafiar los estereotipos de género en el cuidado y la crianza.
TIEMPO	90-120 minutos
MATERIALES	• Enlace: Guía de Corresponsabilidad del Ayuntamiento de Oviedo. Paternidad cuidadora. • Enlace: Guía para una crianza libre de estereotipos de UNICEF. • Vídeo: Y tú, ¿qué quieres ser de mayor?
DESARROLLO PRÁCTICO DE LA UNIDAD	• Actividad 4.1: ¿Sobre qué aspectos estáis más cerca del modelo tradicional? ¿y del modelo igualitario de género? • Actividad 4.2: Haced juntos/as una descarga de tareas. • Actividad 4.3: ¿Qué creéis que se necesita para ser padres y madres corresponsables?
MENSAJES CLAVE	• El modelo de familia en el que hemos crecido jugará un papel muy importante en la nueva etapa que emprendemos. • La sociedad en la que vivimos también jugará un papel muy importante a través de los roles que se esperan de nosotros y nosotras. • Los roles de género son el conjunto de expectativas que la sociedad tiene sobre los comportamientos de cada persona según su sexo. • En la actualidad conviven modelos de género antiguos y nuevos, que no son ni inamovibles ni completamente consistentes. • Hablamos de corresponsabilidad desde la premisa de que las personas, mujeres u hombres, deberían compartir en igualdad de condiciones presencia, responsabilidades, derechos y obligaciones tanto en la esfera pública como en la privada. • La corresponsabilidad en el cuidado de los hijos e hijas no solo fortalece los vínculos familiares, sino que también contribuye a construir una sociedad más justa y equitativa. • La coeducación es la educación de niñas y niños desde, en y para la igualdad. • La coeducación es tan necesaria en el ámbito familiar como en la escuela. Por ello, es importante que padres y madres, y también otras personas del entorno familiar, cuiden los mensajes y los comportamientos desde el comienzo. • Corresponsabilidad y coeducación van de la mano. No podemos entender una sin la otra.

YO HIJO, YO HIJA

En la andadura de toda nueva familia que se crea o se amplía, siempre hay un momento para mirar atrás.

Inevitablemente nos identificamos con nuestros propios padres y madres, y vemos en nuestro hijo o hija recién nacida al bebé que un día fuimos.

El modelo de familia en el que hemos crecido jugará un papel muy importante en la nueva etapa que emprendemos: a veces por evitación, otras por imitación.

Reflexión:

- **¿Cómo eras de niño/a?**
- **¿Cómo recuerdas a tu padre y a tu madre en su relación mutua y contigo?**
- **¿Quién se ocupaba principalmente de cuidarte? ¿De tu alimentación e higiene? ¿Por qué sucedía esto?**
- **¿Cómo te hace sentir? ¿Qué impacto ha tenido en la relación con tus progenitores?**
- **¿Te hubiera gustado que las cosas hubieran sido de otra manera?**

YO MADRE, YO PADRE

Aunque el ejemplo de nuestros progenitores nos influya, no somos esclavos de repetir los mismos patrones, por mucho que el inconsciente actúe.

Seguro que en muchos momentos pensaremos, con sorpresa o estupor: “soy igual que mi madre”, “me he convertido en mi padre”.

Pero eso no nos priva de decidir conscientemente el tipo de maternidad y paternidad que nos gustaría desarrollar.

Lamentablemente, no hay grandes manuales y cada uno deberá encontrar su versión de la maternidad/paternidad, siendo fundamental sentirse a gusto en el nuevo rol.

Reflexión:

- **¿Qué tipo de madre/padre te gustaría ser?**
- **¿Quieres repetir el mismo patrón familiar?**

A la hora de tomar decisiones sobre el estilo de crianza es importante dialogar para encontrar un lugar común desde el que construir. Hablar sobre los límites que tenemos cada persona, los valores que deseamos aplicar, las historias de vida de cada una/o.

Ir rediseñando las prioridades y los objetivos en común según vayan apareciendo los interrogantes es un ejercicio importante. La crianza no es una línea recta que seguir, sino más bien un proceso fluido que atravesará muchas etapas y requerirá de ajustes constantes.

En el tipo de maternidad/paternidad que vayamos a desarrollar no solo influirán:

- Nuestro padre y nuestra madre, y su modelo.
- Nuestros deseos.

La sociedad en la que vivimos jugará un papel fundamental a través de los roles que se esperan de nosotros y nosotras.

ROLES DE GÉNERO

"GÉNERO NO ES LO MISMO QUE SEXO"

- Cuando hablamos de sexo nos referimos a: características biológicas y fisiológicas (sexo gamético, sexo genético, sexo gonadal, sexo genital, sexo hormonal...). Sexo se refiere a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres.
- Cuando hablamos de género nos referimos a: características sociales. A la construcción social del hecho de ser mujer y ser hombre, a los roles, responsabilidades y oportunidades que se asignan en el momento del nacimiento.

Por lo tanto, los roles de género son:

Las tareas, responsabilidades y actividades que una cultura asigna a los sexos; el conjunto de expectativas que la sociedad tiene sobre los comportamientos que considera apropiados para cada persona según su sexo.

Reflexión:

- **¿Qué expectativas tiene la sociedad de ti como padre/madre? ¿espera lo mismo de ti como padre y como madre?**
- **¿De qué manera influirá en la educación de tu hijo/hija? ¿le educarás igual si es un niño o una niña?**

En ese sentido, la expresión de género sería la forma en la que cada persona socializa en función de los roles correspondientes a cada género.

Por otro lado, nos parece útil la aproximación que hace la "Guía para facilitar la perspectiva de género en los planes integrales de salud" de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2008) al concepto de género, que incluye la característica de ser una categoría "contextualmente específica". Esto quiere decir que se reconoce la existencia de variaciones en las relaciones de género de acuerdo a diversos factores, como son la clase social, la etnia o la cultura, entre otros. Además, de ser cambiante a través del tiempo y, por tanto, susceptible de cambios por medio de intervenciones.

MODELOS DE GÉNERO

En la actualidad conviven modelos de género, antiguos y nuevos. Es posible visualizar cuatro modelos de género:

Modelo de género tradicional

- El núcleo social básico es la familia jerarquizada. Hombre y mujer se unen a través de un contrato matrimonial que conlleva permanencia y exclusividad.
- El hombre es el cabeza de familia y ostenta la autoridad.
- División sexual del trabajo, el productivo se asigna al hombre y el doméstico a la mujer.
- El hombre mantiene posiciones activas, demostración de fortaleza y la validación de la agresividad.
- La feminidad se define por la subordinación, entrega, pasividad y realización a través de la maternidad y el amor.

Modelo de género en transición

- El núcleo social básico es la pareja. El motivo de unión es el amor, compartir y crear una familia no jerarquizada.
- La descendencia es una elección y un producto del proyecto en común. La pareja no es permanente, dura lo que dura el amor, o la crianza de los hijos/as o hasta que se produce divergencia de proyectos.
- Ambos realizan trabajo productivo, pero no siempre tiene la misma remuneración y valoración.
- No hay una relación de poder/subordinación en lo social, pero sí en la intimidad. También hay dependencia afectiva mutua.

Modelo de género contemporáneo

- El núcleo social básico es el individuo.
- Se establece una relación de sujeto a sujeto.
- Las personas se unen en pareja para cooperar en los proyectos individuales de ambos, además de por amor y para asegurar la sexualidad.
- No hay contrato de exclusividad y permanencia.
- Si hay hijas o hijos, son un proyecto individual, que puede ser sumable al proyecto de la otra persona y haber acuerdo para tenerlos.
- El apoyo vital son los amigos y amigas, no la pareja o la familia.
- Existe competitividad entre las personas. Los valores e ideales se centran en conseguir éxito personal y social.

Modelo de género igualitario

- Relaciones comprometidas sobre la base de la igualdad social e íntima.
- Ruptura de las relaciones de poder/sumisión para llegar a alcanzar posiciones igualitarias.
- Pareja igualitaria: puede incluir cualquier sexo y orientación sexual.
- Para las mujeres: supone autonomía e independencia, proyectos y realizaciones propias, compartiendo y conciliando el cuidado de las otras personas.
- Para los hombres: supone abandonar posiciones subjetivas de propiedad de la mujer, la necesidad de demostrar su fortaleza y compartir, conciliar y acceder a la esfera de cuidados y sostén.

Tabla 5: Modelos de género. Fuente: Adaptado de Velasco, S. Sexos, género y salud: Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud (2009).

Estos modelos no son ni inamovibles ni completamente consistentes; es decir, todas y todos somos sincréticas respecto al género, poseemos atributos de género tradicional y moderno de manera simultánea.



Actividad 4.1: ¿SOBRE QUÉ ASPECTOS ESTÁIS MÁS CERCA DEL MODELO TRADICIONAL? ¿Y DEL MODELO IGUALITARIO DE GÉNERO?

Es cierto que en nuestra sociedad se están dando importantes cambios, que hay nuevas mujeres y nuevos hombres en construcción, pero sigue habiendo una estructura jerárquica. Por tanto, las relaciones que establecemos entre mujeres y hombres aún no son igualitarias.

Esto se percibe a muchos niveles, uno de ellos es el de los cuidados.

CORRESPONSABILIDAD MATERNA Y PATERNA EN EL TRABAJO DE CUIDAR

Hablamos de corresponsabilidad desde la premisa de que las personas, mujeres y hombres, deberían compartir en igualdad de condiciones presencia, responsabilidades, derechos y obligaciones tanto en la esfera pública como en la privada.

Debemos tener presente que la corresponsabilidad en el cuidado de los hijos e hijas no solo fortalece los vínculos familiares, sino que también contribuye a construir una sociedad más justa y equitativa.

A pesar de los cambios para la promoción de la implicación de los padres en el trabajo de cuidados, los avances reales han sido escasos.

Pregunta:

Si decimos que "las mujeres dedican diariamente casi 4 horas y media al trabajo doméstico y de cuidados, mientras que los hombres dedican 2 horas y media." ¿os sorprende?

Es un dato extraído de la Encuesta de Empleo del Tiempo del INE de 2009-10, que no se ha vuelto a realizar desde 2010.

La Encuesta de Salud de Asturias (ESA), también incluye algunas preguntas sobre tiempo dedicado a cuidados y tiempo libre disponible.

TRABAJO DE CUIDADOS

La ESA de 2017 dedica un apartado a los trabajos reproductivos que aglutina varias preguntas sobre las tareas de cuidados y las tareas del hogar.

Respecto a los cuidados, se pregunta por la principal persona encargada dentro del hogar del cuidado de las personas dependientes o con discapacidad, de menores de 15 años o de personas mayores (75 y más años).

- La mayor diferencia entre mujeres y hombres se da en el cuidado de menores; el porcentaje de mujeres que dicen ocuparse en solitario del cuidado de los menores es 4,5 veces mayor que el de hombres. Ocurre a la inversa en el caso de declarar compartir esta tarea con la pareja: por esta respuesta se decantan más los hombres (54,5% vs.34,6%).
- El cuidado de personas mayores también se reparte de manera desigual en los hogares. Las mujeres declaran ocuparse en solitario del cuidado de los/as mayores 2,5 veces más que los hombres.
- En el caso de cuidados de adultos/as discapacitados/as o dependientes, las diferencias de género también se detectan, aunque son algo más suaves: la proporción de mujeres que se encargan en solitario de su atención es 1,75 veces mayor que la de hombres (39,3% v. 26,1%).

Las mujeres no solo tienen más peso en los trabajos de cuidados; también le dedican más tiempo, tanto en extensión (años de dedicación), como en intensidad (horas diarias).

- En cuanto a la extensión en el tiempo, la media de tiempo de dedicación a estos trabajos en las mujeres es mayor que la de los hombres: 10, 8 años frente a 9,4 años.
- Si se mide la intensidad de estos trabajos (promedio de horas diarias dedicadas a las tareas de cuidados), las mujeres también sobrepasan a los hombres: 2,8 horas diarias frente a 1,8.

TAREAS DEL HOGAR

Además del cuidado de otras personas, el trabajo reproductivo incluye las tareas de mantenimiento y funcionamiento del hogar, como limpiar, planchar, cocinar, etc.

Preguntadas las personas entrevistadas por esta cuestión, se repite el patrón de respuesta que se apreciaba en las preguntas relativas a los cuidados. En este caso, casi el 58% de las mujeres entrevistadas dicen encargarse en solitario de estas tareas, mientras que en el caso de los varones esta opción baja al 26% de los casos (proporción de 7 a 3).

TIEMPO PROPIO

Este desigual reparto de tiempo dedicado a los trabajos reproductivos conlleva una desigualdad en el tiempo de descanso o tiempo libre de obligaciones.

Sobre este punto, la ESA también ofrece datos. Preguntadas las personas entrevistadas sobre si disponen de, al menos, una hora al día de tiempo propio para realizar actividades con las que disfrutar o relajarse, la mayor parte de las personas declara disponer a diario de ese tiempo, aunque hay diferencias por sexo. Entre los que dicen no tener tiempo casi nunca, la mayoría (el 66%) son mujeres, alcanzando el 75% de las que nunca disponen de una hora al día.

Preguntas:

¿Habéis oído hablar de la "doble jornada"?

Se define como la situación en la que una persona tiene que desempeñar dos roles ocupacionales distintos: trabajar fuera de casa y, al mismo tiempo, ocuparse de las tareas del cuidado de los hijos e hijas y del hogar.

La doble jornada tiene efectos negativos en la salud física y mental de las mujeres, así como en la igualdad de género.

Aún se espera que la mujer se dedique a lo doméstico, a lo privado y a la vez genere economía. Hay una doble exigencia y mucha "carga mental".

¿Habéis oído hablar de la "carga mental"?

Sería el esfuerzo mental y emocional que nos supone alcanzar un resultado o cumplir un objetivo. El ámbito doméstico no es tan distinto a una empresa: implica tener una perspectiva global de todas las tareas pendientes, organizar las microtareas y los recursos necesarios para llevarlas a cabo.

Esta función, que suele recaer sobre las madres, es una de las principales fuentes de sobrecarga emocional y es profundamente drenante, porque es, además, un trabajo invisible.

Muchas veces las madres pueden enfrentarse a comentarios del tipo "Si me lo hubieras pedido, lo habría hecho". Este es un claro ejemplo de lo que significa la carga mental, pues una tarea va mucho más allá de su ejecución.



Actividad 4.2: HACED JUNTOS/AS UNA DESCARGA DE TAREAS

La clave para evitar el reparto injusto de las tareas de cuidado y del tiempo libre estará en la corresponsabilidad.

Apoyos para el desarrollo de la corresponsabilidad:

- Reconocer el valor del trabajo de los cuidados y de las personas que los llevan a cabo.
- Reclamar en el ámbito laboral la importancia de respetar los permisos de maternidad y paternidad para la implicación en los cuidados de la criatura.
- Abogar por una paternidad implicada en los cuidados desde el nacimiento.
- Reivindicar el papel de los padres ante posibles ideas o comentarios excluyentes de amistades o de miembros de la familia extensa.
- La coeducación en la familia y la escuela.

A Actividad 4.3: ¿QUÉ CREÉIS QUE SE NECESITA PARA SER PADRES Y MADRES CORRESPONSABLES?

PERMISOS PARA EL CUIDADO

Las familias disponen de los siguientes premisos:

- Permiso retribuido por nacimiento y cuidado del menor: la duración total para cada progenitor es de 17 semanas (28 semanas para familias monoparentales), de las cuales 6 semanas son obligatorias y deben disfrutarse ininterrumpidamente y a jornada completa, inmediatamente después del nacimiento. Las 11 semanas restantes (22 semanas en caso de familias monoparentales) se pueden disfrutar en periodos semanales, de forma acumulada o interrumpida dentro de los 12 meses siguientes al nacimiento.
- Permiso retribuido de 2 semanas (4 semanas en caso de familias monoparentales) que podrá disfrutarse de manera flexible (en periodos o jornadas parciales, sumándolo o no al permiso retribuido por nacimiento) hasta que el hijo o la hija cumpla los 8 años.
- Permiso retribuido por lactancia: consiste en una hora de permiso retribuido al día, que se puede dividir en 2 medias horas hasta que el bebé cumpla 9 meses. Se puede acumular en jornadas completas. El derecho es el mismo con independencia del tipo de lactancia. Puede disfrutarlo cualquiera de los dos progenitores.
- Excedencia por cuidado del menor: Se trata de un permiso sin sueldo que se puede solicitar en cualquier momento a partir del nacimiento hasta que el niño o niña cumpla 3 años.
- Reducción de jornada no retribuida por cuidado del menor: se trata de una reducción de la jornada laboral entre un medio y un octavo de la misma para el cuidado de un hijo o hija menor de 12 años.

El objetivo de estos permisos es atender los cuidados que necesita el/la menor. Es fundamental que cada familia analice cuáles son sus necesidades y su situación concreta para llegar a un acuerdo sobre el disfrute de estos permisos.

COEDUCACIÓN

La coeducación es la educación de niñas y niños desde, en y para la igualdad.

Tiene como objetivo eliminar los estereotipos de género, superando las desigualdades sociales y las jerarquías culturales entre niños y niñas.

La coeducación es tan necesaria en el ámbito familiar como en la escuela, ya que el hogar es el primer lugar donde las niñas y los niños se socializan. Por ello, es importante que padres y madres, y también otras personas del entorno familiar, cuiden los mensajes y los comportamientos desde el comienzo.

Sean niños o niñas, las criaturas empiezan a ser condicionadas por su género no solamente desde el momento en que nacen, sino ya antes. Más en la actualidad, dado que se puede conocer su sexo con anterioridad al nacimiento.

La criatura ya existe en el imaginario familiar como un niño o como una niña; generalmente, ya se le ha preparado la habitación, la ropa y algunos juguetes, que con mucha probabilidad no serán iguales según sea uno u otro el sexo del bebé. Se le ha buscado un nombre y se han creado unas expectativas. En definitiva, la criatura recién nacida llega a un mundo que ya le ha diseñado parte de su vida, de acuerdo con un género concreto

El género no se adquiere de golpe: lo vamos interiorizando y va variando a lo largo de toda la vida, según lo que vemos en nuestro entorno y según nuestra propia experiencia. Cada persona lo hace aportándole matices propios, de acuerdo con su personalidad.

Cuando hablamos de la primera infancia lo que se adquiere es la identidad sexuada, el hecho de reconocerse como niño o como niña. Según la mayoría de investigaciones llevadas a cabo, este reconocimiento se hace patente en las criaturas entre los dieciocho y los veinticuatro meses, aproximadamente. En esta etapa los niños y niñas comienzan a distinguir entre hombres y mujeres y, al mismo tiempo, empiezan a percibirse como parte de uno u otro grupo. Hacia los 2 años de edad han adquirido la capacidad de verbalizar si son niños o niñas.

Acceso a la Guía para una crianza libre de estereotipos de UNICEF:

LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO

Los estereotipos de género son creencias simplificadas y generalizadas sobre cómo son las mujeres y los hombres, y qué rasgos y comportamientos se esperan o se consideran apropiados.

Estereotipar es transformar al otro en un minúsculo lugar común, ocultando o invisibilizando toda la compleja trama de identidades y características que lo componen y lo hacen una persona única e irrepetible.

Tales ideas están tan presentes en nuestro día a día que podemos no notar que las tenemos. Esto lleva a que no las cuestionemos y a que influyan negativamente en impresiones, juicios y comportamientos.

Los estereotipos de género se definen entre los 5 y 7 años, de ahí la importancia de no reproducirlos frente a los niños y niñas, y no limitar sus elecciones.

SOCIALIZACIÓN DE GÉNERO

Entendemos por socialización de género el proceso por el cual niños y niñas van incorporando lo que se espera de ellos y ellas en función de su sexo biológico.

Lo social y lo individual de ningún modo caminan por separado. Las personas se estructuran en un medio social del que forman parte, por lo que se construyen acorde con los ideales sociales del momento. La familia es un agente socializador y, por lo tanto, también socializa la misma discriminación.

Tanto niñas y niños como adolescentes sufren frente a estereotipos rígidos o negativos. Les hacen creer que no tienen elección. Pueden conducir a la discriminación y el acoso, y tener un impacto negativo en la salud mental.

Del mismo modo, las normas de género funcionan como profecías autocumplidas. Cuando las niñas aprenden que la ciencia no es para ellas, su rendimiento académico en estas áreas puede ser menor; cuando los niños aprenden a resolver sus conflictos mediante la agresión y el uso de la fuerza física, se vuelven más agresivos.

Los temas que estudiarán y el tipo de trabajo y carrera a que aspiran también son determinantes. En la mayoría de las regiones del mundo, niñas y niños se dirigen a áreas de estudio estereotipadas, tradicionalmente “femeninas” o “masculinas”. Las elecciones muchas veces no están basadas en las capacidades de cada persona ni en sus intereses reales y producen, además, una brecha salarial, porque los niños suelen optar por profesiones que son mejor remuneradas en el mercado.

Desafiar esos estereotipos de género es ayudar a que tengan las mismas oportunidades de informarse, educarse y entretenerse.

Vídeo: “Y TÚ, ¿QUÉ QUIERES SER DE MAYOR?”

LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO GENERAN VIOLENCIA

La desigualdad y el desequilibrio de poder socialmente atribuido entre mujeres y hombres son el origen de la violencia contra las mujeres y pueden justificarla. Por ejemplo:

- La idea de que las mujeres son débiles y sumisas puede hacer que los hombres sientan que deben protegerlas y tomar decisiones por ellas, y que frente a una respuesta desafiante se sientan habilitados a reprimirlas.
- La creencia de que las mujeres deben ser madres y amas de casa puede limitar su acceso al empleo y la educación, profundizar su dependencia económica y, por lo tanto, hacerlas más vulnerables a la dominación y la violencia.

Los estereotipos también pueden dificultar la identificación y la respuesta a la violencia, ya que la idea de que la violencia de género es un "asunto privado" puede dificultar que las mujeres busquen ayuda.

Los niños y niñas que viven en hogares donde se ejerce la violencia contra la mujer crecen entendiendo la violencia como una pauta normal de relación. De este modo, internalizan un modelo negativo que no solo daña su desarrollo, sino que forma parte de la manera en que podrían relacionarse en el futuro.

Romper con los modelos tradicionales de ser varón y ser mujer favorece la construcción de formas de relación más igualitarias y permite avanzar hacia el fin de la violencia de género.

PROMOVIENDO ROLES DE GÉNERO MÁS IGUALITARIOS

Es clave que reflexionemos y generemos condiciones para un desarrollo igualitario entre niñas y niños. La familia es el agente más potente y constante de socialización, especialmente en los primeros años.

El respeto, la no violencia, la libertad para explorar y elegir se aprenden, sobre todo, con la práctica de las relaciones que se establecen en la familia. Por eso es fundamental fomentar actitudes igualitarias desde una edad temprana, no solo con palabras, sino también mediante la práctica.

Cuando niños y niñas ven a sus padres, madres u otras personas adultas responsabilizarse por igual en las tareas del hogar (preparar comidas, jugar, ayudarles en sus estudios) están construyendo modelos para su futura vida adulta.

En ese sentido, podemos afirmar que corresponsabilidad y coeducación van de la mano. No podemos entender una sin la otra.

Una crianza trasformadora de género es aquella en que las familias reconocen las normas de género y tratan de cuestionarlas y cambiarlas. Eso implica, además, apoyar a niños, niñas y adolescentes a su cargo para que sean como quieran ser, reconocer su autonomía y promover el cuidado y el respeto mutuo.

¿QUÉ PUEDO HACER YO PARA DESAFIAR LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO EN LA CRIANZA?

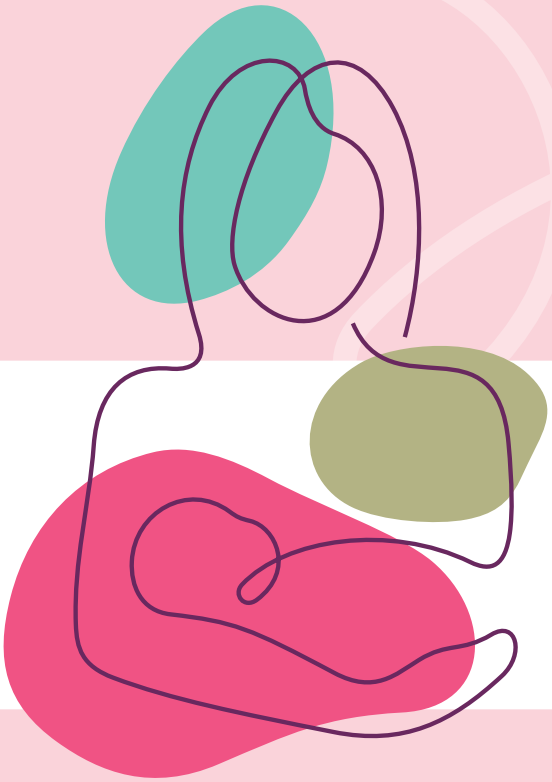
1. Ofrecer un amplio abanico de juegos, juguetes y actividades. No limitar ni condicionar su elección porque son “para niños” o “para niñas”.
2. Revisar canciones que refuerzan conceptos sesgados de lo que es femenino y masculino.
3. Brindar oportunidades para que las niñas realicen las mismas actividades físicas que los varones. Sobreprotegerlas porque se las piensa frágiles e insistir en que tengan cuidado evita que se sientan desafiadas y no las prepara para ser protagonistas de su vida.
4. Fomentar intereses libres de estereotipos de género. Es importante estar atentos y atentas, y respetar los intereses de niños y niñas, evitando hacer suposiciones sobre cómo y con qué deben jugar, o cómo deben comportarse o expresarse.
5. Generar interacciones afectuosas y dar espacio a conversar sobre las emociones. Niños y niñas deben sentirse en libertad para compartir sus emociones, sentimientos, preocupaciones y opiniones.
6. Acompañar los cambios que trae cada etapa. Brindar apoyo emocional, orientación y los recursos que requieren a medida que transitan cada etapa de la vida.
7. Cuidar las palabras que usamos, qué decimos y cómo lo decimos. El lenguaje que utilizamos puede perpetuar o ayudar a romper los estereotipos de género.
8. Proveer ambientes de cuidado libres de violencia.
9. Incentivar a las niñas en el aprendizaje de habilidades relacionadas con la ciencia, la tecnología, la ingeniería y la matemática. Muchas niñas y adolescentes se enfrentan a la percepción social de que estas áreas de aprendizaje no son para ellas.
10. Potenciar que niñas y niños participen en pequeñas tareas domésticas en función de su edad: ordenar su habitación, poner y recoger la mesa, ayudar a hacer las camas, ayudar en la cocina, etc.
11. Recordar que aprenden por imitación. Compartir las responsabilidades de cuidado y las tareas domésticas.

BIBLIOGRAFÍA

- UNICEF. (2023). Guía para una crianza libre de estereotipos: Dirigida a madres, padres y personas adultas que cuidan. UNICEF Uruguay. https://www.unicef.org/uruguay/informes/guia-para-una-crianza-libre-de-estereotipos
- Olza, I., & Fernández Lorenzo, P. (2020). Psicología del embarazo. Editorial Síntesis.
- Subirats Martori, M. (2017). Coeducación, apuesta por la libertad (Recursos educativos). Ediciones Octaedro.
- Encuesta de Salud de Asturias (ESA). (2017).
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2010). Encuesta de Empleo del Tiempo 2009-10.
- Velasco, S. (2009). Sexos, género y salud: Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud. Minerva Ediciones.
- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. (2008). Guía para facilitar la perspectiva de género en los planes integrales de salud.

5

PRIMEROS AUXILIOS EN PEDIATRÍA PARA FAMILIAS



GUÍA PROFESIONAL

PARA LA EDUCACIÓN PARENTAL DURANTE

EL POSPARTO

Autora:

ALBA MEGIDO ARMADA. FEA Pediatría. Área VIII

Revisado por:

CÉSAR LUIS ROZA ALONSO. Médico de Emergencias del SAMU. Medical Educator del Consejo Europeo de Resucitación

AIDA FIDALGO ALONSO. Pediatra de Atención Primaria. Área sanitaria VIII. Vocal de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria (AAPap)

5

PRIMEROS AUXILIOS EN PEDIATRÍA PARA FAMILIAS

Índice

UNIDAD 5. VISIÓN GENERAL	4
INTRODUCCIÓN	5
BOTIQUÍN CASERO	5
CÓMO ACTUAR ANTE UN ACCIDENTE	6
REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA	7
ATRAGANTAMIENTO. ASFIXIA. OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO	8
AHOGAMIENTO	9
CONVULSIONES	10
DESMAYO, LIPOTIMIA O SÍNCOPE	11
FIEBRE	12
TRAUMATISMOS	13
QUEMADURAS	14
SANGRADOS	15
INTOXICACIONES Y ENVENENAMIENTOS	16
PICADURAS/MORDEDURAS	16
REACCIÓN ALÉRGICA	17
PREVENCIÓN	18
BIBLIOGRAFÍA	19

UNIDAD 5	PRIMEROS AUXILIOS EN PEDIATRÍA PARA FAMILIAS
OBJETIVO GENERAL	Abordar los principales escenarios de emergencia en la infancia y proporcionar a las familias pautas prácticas y seguras de actuación.
RESULTADOS DEL APRENDIZAJE	Que las mujeres y sus parejas o acompañantes puedan: • Adquirir información sobre los principales escenarios de emergencias. • Adquirir habilidades para actuar cuando se presenten. • Desarrollar actitudes para mantener la calma a la vez que somos proactivos.
TIEMPO	90-120 minutos
MATERIALES	• Vídeo: RCP en lactantes. Cruz Roja en Euskadi. • Vídeo: Atragantamientos en lactantes. Cruz Roja en Euskadi. • Tríptico resumen.
DESARROLLO PRÁCTICO DE LA UNIDAD	• Actividad 5.1: Mitos. Qué no hacer.
MENSAJES CLAVE	• Los primeros auxilios en pediatría son fundamentales para una respuesta rápida y eficaz ante situaciones de urgencia. • Su correcta aplicación puede reducir complicaciones y, en algunos casos, salvar vidas. • Para poder actuar rápidamente es necesario estar preparado/a y para ello es conveniente contar con un botiquín bien provisto. • Ante un accidente debemos: proteger, alertar (112) y socorrer. • Un/a niño/a que está en parada cardiorrespiratoria está inconsciente, no respira o la respiración es anormal. • Hay que iniciar inmediatamente maniobras de reanimación cardiopulmonar, mediante ventilaciones de rescate y compresiones torácicas en ciclos de 2 insuflaciones y 30 compresiones. • Ante una obstrucción grave (tos inefectiva o apnea): — En menores de 1 año: dar 5 golpes en la zona media de la espalda con el talón de la mano, alternando con 5 compresiones torácicas en la línea intermamilar con 2 dedos. — En mayores de 1 año: dar 5 golpes en la zona media de la espalda con el talón de la mano, alternando con 5 compresiones abdominales (maniobra de Heimlich). • Los ahogamientos no intencionales suponen en nuestro país la segunda causa de mortalidad accidental después de los siniestros de tráfico. • La fiebre no es peligrosa en sí misma. El objetivo de su tratamiento es que el niño o la niña estén más confortables. • En caso de epistaxis debemos colocar al niño/a en posición sentada, inclinando la cabeza hacia delante y comprimir con fuerza el orificio nasal sangrante, a modo de pinza, durante 8-10 minutos. • En caso de ingestión de sustancias potencialmente tóxicas, no debemos provocar el vómito, ni neutralizar el tóxico ofreciendo leche o aceite.

INTRODUCCIÓN

Los primeros auxilios en pediatría son fundamentales para una respuesta rápida y eficaz ante situaciones de urgencia. Su correcta aplicación puede reducir complicaciones y, en algunos casos, salvar vidas. En esta sesión se abordarán los principales escenarios de emergencia en la infancia, proporcionando pautas de actuación basadas en la evidencia científica y en guías de referencia.

BOTIQUÍN CASERO

Para poder actuar rápidamente en caso de necesidad es necesario estar preparado/a y para ello es conveniente contar con un botiquín bien provisto:

- Debe estar bien ordenado para que resulte fácil encontrar las cosas, todos en casa deben conocerlo y saber dónde está.
- Hay que revisarlo periódicamente y reponer el material que se vaya utilizando, así como desechar el que vaya caducando.
- Debe estar en un sitio accesible pero lejos de una fuente directa de calor y lejos del alcance de los niños y las niñas, que sea de material resistente y fácilmente transportable.
- Sería conveniente incluir una lista actualizada de alergias y medicación habitual de los niños y las niñas de la casa.
- Deberíamos adherir el número de **teléfono de emergencias: 112**

- Antisépticos tópicos: clorhexidina 2%.
- Jabón líquido (pH neutro).
- Suero fisiológico estéril: monodosis o en frascos de 250-500 ml.
- Alcohol etílico al 96% como desinfectante de material.
- Paquete de gasas estériles para cubrir heridas o quemaduras.
- Esparadrapo hipoalergénico, de papel o plástico.
- Apósitos, tiritas de bandas que se adaptan mejor al tamaño de la lesión.
- Vendas elásticas y de algodón.
- Pinzas de depilar.
- Termómetro.
- Tijeras de punta roma.
- Paracetamol e ibuprofeno infantil.

CÓMO ACTUAR ANTE UN ACCIDENTE

1º Proteger

Antes de atender al accidentado/a hay que asegurarse de que no existe peligro para él/ella o para la persona que acude en su ayuda. Es necesario protegernos a nosotros mismos y la zona del accidente. Esto es especialmente importante en algunas situaciones como: incendios, explosiones, accidentes de tráfico, grandes corrientes de agua o electrocución.

2º Alertar (llamar al 112)

- Mantener la calma para hablar con el/la operador/a.
- Comunicar la dirección exacta del suceso aportando número, cruce de calle, y/o punto de referencia.
- Explicar qué ha ocurrido y el número de personas heridas.
- Comunicar las lesiones que podemos identificar (ver si está consciente, si respira, si tiene hemorragias visibles).
- Confirmar al operador/a un número telefónico de contacto.
- No colgar hasta que no lo indique el/la operador/a. No abandonar la ubicación exacta que le hemos indicado.

3º Socorrer

Ayudar a las víctimas. Para ello, es necesario mantener la calma.

Si el niño o la niña está inconsciente pero respira con normalidad, debemos colocarlo en posición lateral de seguridad.

POSICIÓN DE SEGURIDAD



Figura 5: Posición lateral de seguridad.
Fuente: Guía para padres sobre la prevención de lesiones no intencionadas en la edad infantil (versión abreviada). Asociación Española de Pediatría (2016).

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA

Se asume que un/a niño/a está en parada cardiorrespiratoria si está inconsciente, no respira o la respiración es anormal.

- Inconsciencia: el niño o la niña no responde a la voz o a estímulos dolorosos.
- Ausencia de respiración: no vemos, oímos o sentimos cómo pasa el aire de la nariz a los pulmones (no se eleva el pecho) o lo hace de manera anormal (ruidosa y lenta).

QUÉ HACER

Hay que iniciar inmediatamente maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP), mediante ventilaciones de rescate ("boca a boca") y compresiones torácicas ("masaje cardiaco") para intentar sustituir la respiración y la circulación.

Esta es la secuencia completa de actuación:

1. **Confirma que te encuentras en un sitio seguro** para ti y el niño o la niña. Muévelo/a solo si existe peligro.

2. **Comprueba si responde.** Arrodíllate a su lado, háblale en voz alta, frótale en el pecho, presiónale en el hombro o dale pellizcos y observa si abre los ojos, emite algún sonido, respira o mueve los brazos o las piernas.

3. **Pide ayuda** gritando a las personas de tu alrededor, sin separarte de la víctima. Activa el 112.

4. **Inicia inmediatamente las maniobras de reanimación** cardiopulmonar.
   - Colócalo/a boca arriba sobre una superficie dura.
   - Reanima al niño o la niña según la secuencia:
     — **Apertura de la vía aérea.** Realiza la maniobra frente-mentón (con una mano en la frente y otra en la barbilla, inclínale la cabeza ligeramente hacia atrás).
     — **Ventilaciones de rescate.** Da 5 insuflaciones "boca-boca" (en el caso de niños/as mayores de 1 año) o "boca-boca/ nariz" (en el caso de menores de 1 año). En la infancia, la mayoría de las paradas son por fallo respiratorio y, por tanto, la prioridad debe ser la apertura de la vía aérea y la ventilación para conseguir que llegue el oxígeno a los pulmones.
     — **Compresiones torácicas**. Presionar fuerte y rápido en el centro del pecho para hundirlo (4 -5 cm), con una frecuencia de 100-120 compresiones/minuto, hasta un total de 30 compresiones.
   - Repite el ciclo de 30 compresiones y 2 ventilaciones hasta que el niño o la niña responda (se mueva o respire) o llegue el servicio de emergencias. En caso de ser realizada por 2 reanimadores los ciclos serían de 15 compresiones y 2 ventilaciones.

Vídeo: RCP en lactantes. Cruz Roja en Euskadi.
https://www.youtube.com/watch?v=wriNERxt_XA

ATRAGANTAMIENTO. ASFIXIA. OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO

Después de que el niño o la niña trague algún objeto, habitualmente un juguete o trozo de comida, este se va hacia la vía respiratoria. Si el agente causante no ocluye completamente la vía aérea se produce un acceso brusco de tos. Puede acompañarse de dificultad para hablar o respirar, afonía, palidez o color morado de los labios. Si la vía aérea queda completamente ocluida, el niño o la niña dejará de respirar y, si no se resuelve a tiempo, perderá el conocimiento.

PREVENCIÓN

- En la alimentación complementaria, especialmente si se opta por el Baby led weaning (BLW), se aconseja ofrecer los alimentos adaptados en cuanto a su corte, preparación o cocinado para que sean seguros.
- Hasta los 5 años debemos evitar frutos secos enteros (sí los pueden tomar molidos o en crema), palomitas, caramelos u otros dulces redondos. Tampoco se recomienda que jueguen con globos, pilas de botón o monedas. Frutas redondas como las uvas o los arándanos hay que cortarlos en 4 piezas longitudinales, y alimentos duros como la zanahoria o la manzana han de ofrecerse blandas (cocidas) o cortadas muy finas con mandolina.
- Evitar la miga de pan, es preferible la corteza.
- Evitar que se rían, jueguen o corran mientras comen.
- Comprar juguetes adaptados a la edad del niño o de la niña y que cumplan estándares de seguridad (marcado CE).

QUÉ HACER

1. **SE TRATA DE UNA OBSTRUCCIÓN LEVE** si el/la niño/a está consciente y con tos efectiva/fuerte, puede respirar, hablar o llorar y tiene buen color de labios. En ese caso se aconseja:

   A) Colocarle en posición incorporada.

   B) Estimularle para que siga tosiendo, manteniendo la calma.

   c) Vigilar signos de dificultad para respirar o tragar, arcadas continuas, tos persistente, afonía, babeo.

2. **SE TRATA DE UNA OBSTRUCCIÓN GRAVE** si el/la niño/a está consciente pero la tos es débil o inefectiva, no puede respirar, hablar o llorar o se pone azul. Se aconseja:

   A) Pedir ayuda.

   B) Mirar la boca y sacar el objeto con la mano solo si es visible y accesible con el dedo en posición de gancho, de atrás hacia adelante.

   C) Realizar maniobras para desobstruir la vía aérea.

   - En bebés menores de 1 año: colócalo sobre el antebrazo con la cabeza inclinada hacia abajo para ayudarnos de la gravedad. Da 5 golpes en la zona media de la espalda con el talón de la mano, alternando con 5 compresiones torácicas en la línea intermamilar con la ayuda de 2 dedos.

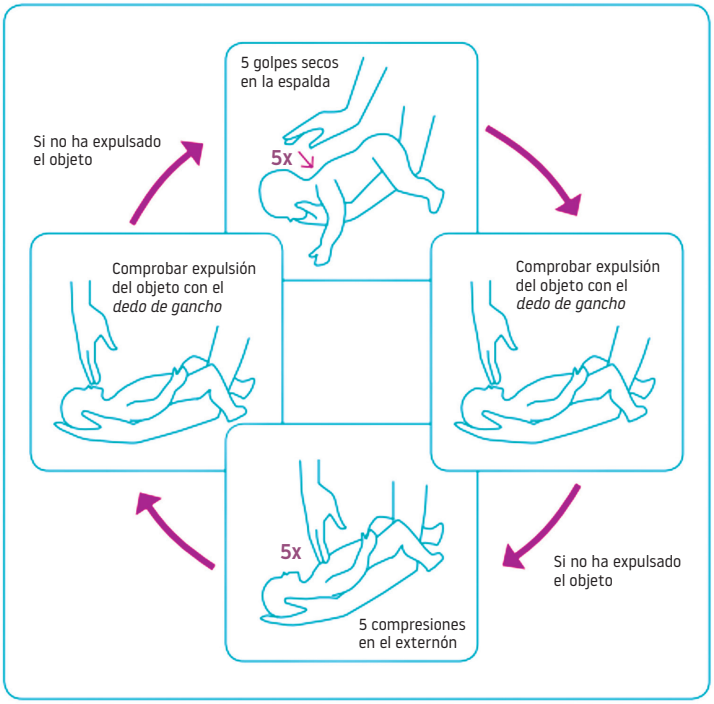


Figura 6: Maniobras para desobstruir la vía aérea.
Fuente: Guía para padres sobre la prevención de lesiones no intencionadas en la edad infantil. Asociación Española de Pediatría (2016).

Vídeo: Atragantamientos en lactantes. Cruz Roja en Euskadi.
https://www.youtube.com/watch?v=tRwGdembwN8

- En niños mayores de 1 año: Alternar 5 golpes interescapulares y 5 compresiones abdominales (maniobra de Heimlich).

D) Repite las maniobras hasta que expulse el objeto y pueda respirar o hasta que se quede inconsciente.

E) Si el niño pierde la consciencia, iniciar RCP.

AHOGAMIENTO

Los ahogamientos no intencionales suponen en nuestro país la segunda causa de mortalidad accidental después de los siniestros de tráfico.

Muchos ahogamientos infantiles se producen cuando el niño o la niña está rodeado de adultos: se ahogan en silencio y en segundos, y solo la supervisión adulta, activa y constante, evita ahogamientos infantiles.

Ningún sistema de flotación (manguitos, flotador, burbuja, chaleco...) protege del ahogamiento, ni tampoco tener habilidades natatorias.

Se pueden producir:

- En la bañera de casa al resbalarse y no poder incorporarse.
- En piscinas, lagos, ríos o en la playa. Según el medio en que se produzca, la inmersión puede ser en agua de mar, agua dulce o en piscinas donde el cloro puede agravar las lesiones por su acción tóxica en los pulmones.

Es importante tener en cuenta que tan solo 6 cm de profundidad de agua pueden provocar un ahogamiento infantil.

QUÉ HACER

1. Intenta sacar al niño o la niña del agua lo más rápidamente posible sin ponerte en peligro.
2. Si está inconsciente pide ayuda sin separarte de él/ella.
3. Si respira, quítale la ropa mojada, acuéstalo de lado y tápalo para evitar que se enfríe. Evita maniobras de compresión abdominal o golpes en la espalda.
4. Si no respira: inicia inmediatamente las maniobras de reanimación cardiopulmonar. Continúa con las maniobras hasta que responda o llegue la ayuda de personal sanitario.

CONVULSIONES

Una convulsión se produce por la aparición de una actividad eléctrica anormal en el cerebro. Puede ocasionar una pérdida brusca de conciencia con caída al suelo, desconexión del entorno con mirada perdida, contracción de la mandíbula (boca morada y cerrada con fuerza), rigidez o flacidez y/o movimientos involuntarios de un músculo o parte del cuerpo (como sacudidas de los brazos y/o las piernas). Durante el episodio pueden hacerse pis. A veces son difíciles de identificar para la población general; puede ayudar definirlas como episodios en los que el niño o la niña “hace movimientos raros, no responde, y mantiene los ojos abiertos o medio abiertos”.

Suelen durar poco tiempo (menos de 5 minutos). Posteriormente, el niño o la niña suele quedarse adormilado/a, confuso/a y/o desorientado/a un tiempo.

La causa más frecuente es la fiebre (convulsiones febriles), aunque también pueden producirse por bajada de azúcar, algunas medicinas o tóxicos, golpes en la cabeza, enfermedades neurológicas o infecciones.

QUÉ HACER

1. Mantén la calma.
2. Coloca al niño/a en un sitio seguro, tumbado/a de lado, con una almohada o toalla bajo la cabeza, en posición lateral de seguridad.
3. Aleja objetos con los que pueda golpearse.
4. Si tiene tratamiento habitual de rescate (rectal o intranasal), adminístralo según indicación médica previa.
5. Si es posible, controla el tiempo (la duración de la convulsión).
6. Espera a que ceda espontáneamente. Si no ha cedido en 2 minutos activa el 112.
7. No sujetes al niño intentando impedir el ataque.

8. No le introduzcas nada en la boca. Es importante recalcar que la lengua no se traga, e introducir los dedos u objetos en la boca puede empeorar la situación. Situando al niño/a de lado aseguramos la apertura de la vía aérea y eso es suficiente.
9. No le des nada de comer o beber hasta que esté consciente.
10. No intentes darle un baño de agua fresca para bajarle la fiebre, si la tiene.
11. Acude a un centro sanitario. Un/a niño/a que convulsiona debe ser valorado/a por un/a pediatra, a no ser que se trate de un/a epiléptico/a conocido/a y se haya consensuado previamente con la familia el proceder en caso de convulsión.

DESMAYO, LIPOTIMIA O SÍNCOPE

El niño o la niña pierde el conocimiento y se desploma. Habitualmente se acompaña de otros síntomas, como sensación previa de mareo, palidez, sudoración fría, debilidad, visión borrosa, pitidos en los oídos, náuseas y/o vómitos.

PREVENCIÓN

- Debe evitar las situaciones de riesgo (quedarse mucho tiempo de pie, permanecer en lugares calurosos...).
- Animarle a beber mucho líquido en entornos calurosos.

QUÉ HACER

1. Si no ha perdido la consciencia, puede sentarse con la cabeza entre las rodillas.
2. Si está inconsciente, hay que tumbarle boca arriba con las piernas en alto.
3. Comprueba que recupera rápidamente la consciencia (en menos de 1 minuto). Espera a que se recupere antes de sentarle poco a poco. No le ofrezcas comida o bebida hasta que haya recuperado la consciencia.
4. Intenta mantener el lugar ventilado y fresco, aflójale la ropa.
5. Consulta si la recuperación no es inmediata (ha durado más de 1 minuto) o existen síntomas asociados (tiene dolor en el pecho o palpitaciones, se ha dado un golpe fuerte en la cabeza, ha presentado convulsiones, ha sucedido mientras realizaba ejercicio físico, tiene dificultad para respirar...)

FIEBRE

La fiebre es la elevación de la temperatura corporal que ocurre como parte de una respuesta biológica específica mediada y controlada por el sistema nervioso central. Es por lo tanto un síntoma y no una enfermedad en sí misma. En pediatría, suele deberse casi siempre a un proceso infeccioso de base, generalmente por infecciones virales banales autolimitadas.

Se caracteriza por:

- Temperatura rectal o axilar mayor de 38°C.
- Calor y enrojecimiento intenso de cabeza y tronco, a veces frialdad de manos y pies. Escalofríos, tiritona.
- Pulso y respiración acelerada.

QUÉ HACER

El principal objetivo del tratamiento será buscar el confort del paciente mientras su propio sistema inmune supera la enfermedad.

1. No abrigar en exceso; si quiere, puede taparse con una sábana para estar más confortable.
2. Retira la ropa, colócale en un lugar fresco.
3. Evita el uso de baños fríos o friegas con alcohol.
4. Evita el uso de paños fríos. Actualmente, se desaconseja esta práctica priorizando el control ambiental y el confort.
5. Ofrece frecuentemente líquidos por boca.
6. Administra antitérmicos: paracetamol o ibuprofeno según peso y edad.
7. La fiebre no es un dato de alarma en sí misma. Se recomienda consultar si se asocia con alguna de las siguientes situaciones:
   - Es un bebé menor de 3 meses.
   - El niño o la niña está adormilado/a, decaído/a o muy irritable.
   - Tiene dolor de cabeza intenso.
   - Vomita de forma repetida.
   - Respira con dificultad.
   - Tiene manchas rojas en la piel que no desaparecen al presionar.

OTROS CONSEJOS

1. La fiebre no es peligrosa en sí misma.
2. No hay que obsesionarse con bajar la fiebre. Si el niño o la niña tiene fiebre, pero está contento/a y activo/a, podemos estar tranquilos. Lo más importante es vigilar su estado general: aspecto, actividad, comportamiento.
3. El objetivo del tratamiento de la fiebre es que el niño o la niña esté más confortable.

TRAUMATISMOS

CRANEAL. TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE)

Se producen por caídas, accidentes de tráfico o deportivos. Pueden ser leves, solo un chichón, pero también muy graves.

PREVENCIÓN

- Utiliza siempre sistemas de retención en los desplazamientos en coche, incluso para distancias cortas.
- Se desaconseja el uso de andadores o tacatá. Aumentan el peligro de lesión por caídas, especialmente de caídas por la escalera.
- Ponle el casco antes de coger la bicicleta y de realizar deportes de riesgo (esquí, patinaje...).

QUÉ HACER

1. En caso de traumatismo leve: aplica frío en el lugar del hematoma. Observa al niño o niña durante las siguientes 24 horas e intenta que esté tranquilo/a y vigilado/a por un adulto.
2. Acudir a urgencias si:
   - Es un bebé menor de 3 meses.
   - Es mayor pero existe herida abierta que precisa puntos de sutura.
   - Ha perdido la consciencia, aunque sea por pocos minutos.
   - Tiene vómitos repetidos, dolor de cabeza o llanto inconsolable.
   - Quiere quedarse dormido/a o tiene un comportamiento extraño.
   - Hace movimientos raros con los ojos, cara o extremidades.
   - Le sale sangre o líquido como moco por las orejas o nariz.
   - Tiene un chichón grande.

EXTREMIDADES

Se caracterizan por la presencia de una herida, hematoma o dolor en la zona golpeada.

QUÉ HACER

1. Aplica frío sobre la zona golpeada.
2. Comprime durante 10 minutos, para evitar el hematoma.
3. Eleva la zona golpeada para disminuir la hinchazón.
4. Si existe deformidad de la extremidad, inmovilízala con férulas, madera o cartones duros y acude a un centro sanitario. Para inmovilizar los brazos, puede colocarse un cabestrillo con un simple pañuelo.
5. Haz que guarde reposo hasta que remita el dolor.
6. Si persiste dolor, administra un analgésico.
7. Consulta si aparece inflamación importante, deformidad o el dolor no remite.

TORÁCICO

Se producen generalmente por accidentes deportivos o de tráfico. También por caídas y peleas. El dolor en la zona golpeada puede durar dos semanas y aumenta al apretar la zona de la contusión, al toser o estornudar.

QUÉ HACER

1. Observa.
2. Consulta urgentemente:
   - Si el dolor es intenso o dificulta la respiración.
   - Si se produce expectoración con sangre.
   - Si la tos o la movilidad produce dolor.

BOCA Y DIENTES

El niño o la niña presentará sangrado por la boca, dientes, lengua o desgarro del frenillo superior. Los dientes más afectados son los incisivos superiores.

QUÉ HACER

1. Si sangra el frenillo, comprime el labio superior durante 6-8 minutos.
2. Si se produce la salida completa de un diente definitivo (no de leche), debe reimplantarse. Cuando el diente no es de leche, guárdalo en suero salino, leche, agua o incluso saliva para que un/a dentista lo reimplante cuanto antes mejor, óptimo antes de 30 minutos. Estos dientes no deben lavarse ni secarse.

QUEMADURAS

Pueden estar causadas por el contacto con líquidos calientes, objetos incandescentes, fuego, electricidad o productos químicos.

QUÉ HACER

1. Apártale de la fuente de calor. En quemaduras eléctricas, asegúrate antes de tocarlo de que el niño o la niña no esté en contacto con la fuente eléctrica.
2. Retira inmediatamente la ropa caliente (excepto la que esté pegada a la piel), anillos, collares.
3. Enfría con agua corriente durante 15-20 minutos, excepto que la quemadura esté producida por gasolina.
4. Cubre la zona quemada con un paño limpio.
5. No apliques pomadas, cremas o sustancias caseras.
6. No rompas las ampollas, si existieran.
7. Administra un analgésico (paracetamol o ibuprofeno) para aliviar el dolor.
8. Consulta si la quemadura es extensa, profunda o afecta a zonas de riesgo (cara, manos, pies o genitales).

SANGRADOS

HERIDAS

Un golpe, corte o rozadura provocan que se rompa la piel. Esto puede producir sangrado en la zona y más tarde infección.

QUÉ HACER

1. Lávate las manos con agua y jabón.
2. Lava la herida con agua y jabón y aclara con agua a chorro.
3. Detén la hemorragia con presión directa sobre la herida con gasas o un paño limpio.
4. Si la herida no deja de sangrar, o el apósito está empapado, no lo retires, añade más gasas encima y presiona con fuerza.
5. Sostén el apósito con esparadrapo o una venda.
6. Eleva la parte lesionada para disminuir el sangrado.
7. No extraigas objetos clavados, si los hubiera.
8. Consulta si persiste el sangrado o la herida es extensa. También si después aparecen signos de infección (enrojecimiento, calor o hinchazón alrededor de la herida, pus, supuración o fiebre).

SANGRADO NASAL (EPISTAXIS)

Es el sangrado por uno o ambos orificios nasales. Suele ser escandaloso pero benigno. Las causas que lo producen son: la sequedad ambiental, un catarro o introducirse el dedo en la nariz.

QUÉ HACER

1. Tranquiliza al niño o la niña.
2. Colócale en posición sentada, inclinando la cabeza ligeramente hacia delante. Echar la cabeza hacia atrás puede ser contraproducente ya que se traga la sangre y puede favorecer la aparición de vómitos.
3. Comprime con fuerza el orificio nasal sangrante, a modo de pinza, durante 8-10 minutos.
4. Consulta si después de 10 minutos persiste el sangrado.

INTOXICACIONES Y ENVENENAMIENTOS

Las intoxicaciones pueden producir síntomas variables según la sustancia ingerida:

- Náuseas, vómitos, dolor abdominal.
- Alteraciones neurológicas (somnolencia, convulsiones, irritabilidad).
- Dificultad respiratoria.
- Cambios en la piel (palidez, enrojecimiento, erupciones).

Si crees que el niño o la niña ha podido ingerir o inhalar una sustancia tóxica, intenta identificar si hay restos del producto en la piel o en la ropa, si desprende un olor raro o si tiene quemaduras alrededor de la boca.

QUÉ HACER

1. Separa la sustancia tóxica del niño o la niña. Si tiene algo sólido en la boca, quítaselo. Si la sustancia ha manchado la ropa, retírasela y limpia la piel con agua (protegiéndote tú primero).
2. Intenta recopilar información: producto ingerido, hora de la ingesta, cantidad estimada ingerida, peso del niño o niña.
3. Llama a TOXICOLOGÍA: 112 o al 91 562 04 20 (funcionan 24/7, harán unas preguntas y nos dirán qué hay que hacer).
4. No debemos provocar el vómito.
5. No intentes neutralizar el tóxico con leche ni aceite ni ninguna otra sustancia.
6. Valora el traslado a urgencias en casos de exposición a productos corrosivos, hidrocarburos, medicamentos o cualquier sustancia de alta toxicidad. Si hemos llamado a toxicología, ellos nos indicarán si es preciso consultar en urgencias.
7. En caso de acudir a un centro sanitario, lleva siempre el envase original que contenía la sustancia ingerida.

PICADURAS/MORDEDURAS

PICADURAS DE INSECTOS

Tras la picadura se produce hinchazón, enrojecimiento y picor en la zona afectada.

QUÉ HACER

1. Las abejas, cuando pican, suelen dejar un aguijón, que contiene el veneno. Si se ve el aguijón, hay que extraerlo raspando con una tarjeta u objeto de borde recto. No utilices pinzas, pues podrías exprimir la vesícula e inyectar el veneno.
2. Limpia la herida con agua y jabón.
3. Aplica una compresa o paño con hielo, pomada de corticoide, amoniaco rebajado o producto específico para picaduras.
4. Evita que rasque o frote la zona. No apliques barro o saliva.
5. Acude a un centro sanitario si las picaduras afectan al interior de la boca, si los síntomas sugieren una reacción alérgica grave o si la hinchazón es muy importante y dura más de 3 días.

MORDEDURAS DE ANIMALES

QUÉ HACER

1. Lávate las manos, limpia la herida con agua y jabón, y déjala bajo el chorro de agua durante varios minutos.
2. Cúbrela con una gasa estéril o un paño limpio.
3. Si la herida sangra abundantemente, aplica presión sobre el área afectada con una gasa o una toalla limpia hasta que deje de sangrar.
4. Intenta identificar si es un animal desconocido o salvaje o si tiene dueño, para conocer su estado vacunal.
5. Acude a un centro sanitario si la mordedura o el arañazo no son solo erosiones superficiales.
6. Puede que el niño o la niña necesite tomar antibióticos, una dosis de refuerzo de la vacuna antitetánica o, muy raramente, una vacuna contra la rabia.

REACCIÓN ALÉRGICA

Las reacciones alérgicas pueden ser desencadenadas por alimentos (huevo, leche, frutos secos, pescado y marisco), medicinas, picaduras de insectos, pólenes y otras sustancias.

- Las reacciones alérgicas leves provocan ronchas o enrojecimiento en la piel, moqueo nasal, estornudos, picor o hinchazón muy leve.
- Las reacciones alérgicas graves, llamadas también anafilaxia, suelen manifestarse con lesiones en la piel (habones o ronchas, hinchazón de labios o lengua, picor), junto con la afectación de la respiración (dificultad para respirar o tragar, pitos en el pecho, sensación de hinchazón en la garganta), y/o de la circulación (mareo, desvanecimiento) y/o del aparato digestivo (vómitos, dolor abdominal).

Los síntomas progresan rápidamente, por lo que hay que actuar inmediatamente.

QUÉ HACER

1. Si la reacción alérgica es leve, administra un antihistamínico por boca y vigila la progresión de los síntomas.
2. Si la reacción alérgica es grave (anafilaxia):

   A) Avisa al 112.

   B) Retira la sustancia que ha provocado la alergia (restos de comida de la boca, aguijón, medicinas). No provoques el vómito.

   c) Si dispones de un autoinyector de adrenalina recetado por su médico, adminístraselo.

   D) Acude al centro sanitario más cercano.

A Actividad 5.1: MITOS. QUÉ NO HACER

- En hemorragias nasales: No inclinar la cabeza hacia atrás.
- En quemaduras eléctricas: No tocar al niño o niña sin haber confirmado la ausencia de contacto con la fuente de electricidad.
- En el caso de quemaduras: No aplicar cremas, retirar la ropa pegada a la quemadura o romper las ampollas. No echar pasta de dientes en quemaduras.
- En caso de ingestión de sustancia potencialmente tóxica, no provocar el vómito, ni ofrecer leche o aceite.
- En caso de escape de gas, no encender el interruptor de la luz u otros aparatos eléctricos.
- En caso de herida con cuerpo extraño clavado, no retirar el objeto.
- No golpear el pecho en atragantamientos; ni sacar a ciegas de la boca en las obstrucciones de la vía aérea.
- No recurrir a baños de agua fría en caso de fiebre.
- No meter nuestros dedos en su boca durante la convulsión.

PREVENCIÓN

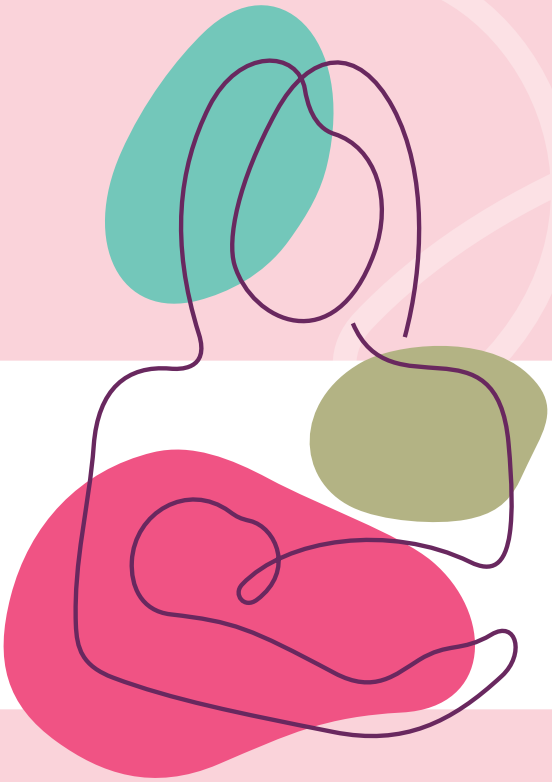
- Evita objetos pequeños en niños/as pequeños/as.
- Utiliza alimentos adecuados a la edad.
- No utilices el andador, tacatá o tacataca. Es un instrumento desaconsejado por todos los grupos de expertos en prevención de lesiones.
- Supervisa el acceso a piscinas. Evita distracciones con el móvil. Se recomienda cerrar las piscinas con vallas.
- No dejes al niño/a solo/a durante la comida y el baño.
- No dejes al alcance del niño/a medicamentos ni productos de limpieza.
- Usa ropa fresca en climas cálidos.
- Enseña a tu hijo/a a utilizar el teléfono de emergencias (112)
  - Explícale qué constituye una emergencia y qué debe hacer (¿qué harías si hay un incendio en casa? ¿y si vieras un herido o un accidente?)
  - Explícale qué no es una emergencia (un rasponazo, una caída leve...)
  - Enséñale su dirección y número de teléfono.
  - Indícale que no debe colgar el teléfono hasta que la persona que le atienda se lo indique.

BIBLIOGRAFÍA

- Cruz Roja Española. (2022). *Primeros auxilios básicos en la infancia*. https://www.cruzroja.es
- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). (2022). *Guía rápida de actuación en urgencias pediátricas*. https://www.aepap.org
- López-Herce, J., Manrique, I., Calvo, C., Rodríguez, A., Carrillo, Á., Sebastián, V., & del Castillo, J. (2022). Novedades en las recomendaciones de reanimación cardiopulmonar pediátrica y líneas de desarrollo en España. *Anales de Pediatría*, 96, 146.e1–146.e11.
- Van de Voorde, P., Turner, N. M., Djakow, J., et al.(2021). *European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support. Resuscitation*, 161, 327–387. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.015
- European Resuscitation Council. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric life support. Resuscitation, 161, 327–387.
- Asociación Española de Pediatría (AEP). (2020). *Manual de primeros auxilios para padres*. https://enfamilia.aeped.es
- Martínez Mejías, A. (2020). Reanimación cardiopulmonar básica y avanzada pediátrica. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de Pediatría*, 1, 31–48.
- Casado Flores, J., & Jiménez García, R. (2017). *Guía práctica de primeros auxilios para padres*. Madrid: Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Ergon.
- Esparza, M. J., & Mintegui, S. (2016). *Guía para padres sobre la prevención de lesiones no intencionadas en la edad infantil*. Madrid: Asociación Española de Pediatría.
- Servicio Riojano de Salud. (s.f.). *Atragantamiento en el niño*. Rioja Salud. https://www.riojasalud.es/servicios/urgencias/articulos/atragantamiento-en-el-nino (consultado el 18 de mayo de 2025)
- Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. (s.f.). *Consejos para padres*. https://seup.org/padres/ (consultado el 18 de mayo de 2025)
- HealthyChildren.org. (s.f.). *Guía de primeros auxilios*. https://www.healthychildren.org/Spanish/safety-prevention/at-home/Paginas/first-aid-guide.aspx (consultado el 18 de mayo de 2025)
- Quirónsalud. (s.f.). *Prevención de accidentes en la infancia*. https://www.quironsalud.com/kenko/es/3-5-anos-53b10/prevencion-accidentes-infancia (consultado el 18 de mayo de 2025)
- Comunidad de Madrid. (s.f.). *Guía para la prevención de accidentes en centros escolares*. https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/img/anatomia/guia_para_la_prevencion_de_accidentes_en_centros_escolares.pdf (consultado el 18 de mayo de 2025)
- Observatorio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Políticas de Salud del Principado de Asturias (OETSPA). (s.f.). *Mejora en la adecuación de la práctica clínica en Atención Primaria. Recomendaciones NO hacer en pediatría*. Consejería de Salud del Principado de Asturias. ISBN 978-84-09-60710-5.

6

SUEÑO Y MASAJE INFANTIL



GUÍA PROFESIONAL

PARA LA EDUCACIÓN PARENTAL DURANTE

EL POSPARTO

Autora:

ELENA SÁNCHEZ HUERTA. Matrona, fisioterapeuta e IBCLC. Área III. Técnica de Salud de la Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Mental. Consejería de Salud

Revisado por:

ANA VALDÉS VÉCARES. Enfermera Especialista en Pediatría. Área IV. Vicepresidenta de la Asociación de Enfermería Pediátrica del Principado de Asturias (AEPPAS)

6

SUEÑO Y MASAJE INFANTIL

Índice

UNIDAD 6. VISIÓN GENERAL	4
INTRODUCCIÓN: EL SUEÑO DEL BEBÉ ES MADURATIVO	5
¿POR QUÉ DORMIMOS?	5
ARQUITECTURA DEL SUEÑO EN ADULTOS	6
LA CONSTRUCCIÓN DEL SUEÑO	7
¿CUÁNTO DEBE DORMIR MI HIJO/A? EL CONCEPTO DE "SUEÑO NORMAL"	9
CONSOLIDACIÓN DEL SUEÑO NOCTURNO	10
OTRAS VARIABLES A TENER EN CUENTA	10
DEPRESIÓN POSPARTO EN LA MADRE Y NECESIDAD DE SUEÑO	11
HIGIENE DEL SUEÑO	12
EL MASAJE INFANTIL	13
BIBLIOGRAFÍA	14

UNIDAD 6	SUEÑO Y MASAJE INFANTIL
OBJETIVO GENERAL	Analizar las particularidades del sueño infantil desde el respeto a la variabilidad intrínseca de cada niño y niña. Aproximarse al masaje infantil como práctica milenaria.
RESULTADOS DEL APRENDIZAJE	Que las mujeres y sus parejas o acompañantes puedan: • Adquirir información sobre las particularidades del sueño infantil. • Adquirir habilidades para identificar las necesidades específicas de su hijo/a en relación al sueño y realizar maniobras básicas de masaje infantil. • Desarrollar actitudes para conciliar las necesidades del bebé con las de sus progenitores.
TIEMPO	90-120 minutos
MATERIALES	• Tríptico: Sueño del bebé. Lo que necesitas saber. • Vídeos: Masaje infantil. Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL). • Guía de masaje infantil. Euskadi.
DESARROLLO PRÁCTICO DE LA UNIDAD	• Actividad 6.1: Hacer un diario de sueño. • Actividad 6.2: Debate acerca del colecho. • Actividad 6.3: Práctica de masaje infantil.
MENSAJES CLAVE	• El sueño del bebé no se puede entrenar. Es madurativo y necesita tiempo para construirse. • El sueño cambia a lo largo de la vida. Su arquitectura es muy básica al nacer. Terminará de construirse entre los 7 y 9 meses, y la madurez no se consolida hasta los 5 años. • La criatura recién nacida tiene ciclos ultradianos. Come, duerme, se despierta, y espera que sus necesidades sean atendidas indistintamente día y noche. • A partir de los 3 meses, los bebés empezarán a manifestar incipientes señales de un ritmo circadiano. Favorecen su adquisición: la exposición a la luz durante el día, la oscuridad al llegar la noche, y la melatonina y el cortisol presentes en la leche materna. • La característica del sueño infantil más unánimemente aceptada por los investigadores es la enorme variabilidad existente. • El colecho en cualquiera de sus formas es una norma biológica y el modo en que la mayoría de los bebés del mundo duermen mejor por la noche. Al final, esto favorece el descanso necesario en los adultos. • Debemos encontrar soluciones en equilibrio para los adultos y para el bebé. El entrenamiento del sueño no es respetuoso con nuestros/as hijos/as. • Todos los bebés aprenderán a dormir solos con el tiempo, cuando estén preparados. Acompañar y estar en su evolución es lo que previene los verdaderos trastornos del sueño. • El masaje infantil es una práctica milenaria que ha sido utilizada en diversas culturas alrededor del mundo para promover el bienestar físico y emocional de los bebés.

INTRODUCCIÓN: EL SUEÑO DEL BEBÉ ES MADURATIVO

El sueño del bebé es quizá, de todos los temas, el más debatido, incomprendido y también el más cansado para las familias.

Actualmente, se ha convertido también en un negocio que no hace más que crecer. Aprovechando la desesperación de muchas familias, los entrenamientos de sueño están a la orden del día.

Comprender cómo es el sueño puede ayudarnos a entender por qué los bebés no deben ser entrenados para dormir. Y es que el sueño del bebé no se puede entrenar. Es madurativo y necesita tiempo para construirse.

Con independencia de lo que cada familia decida hacer en su crianza, la normalidad como especie es el contacto durante el sueño. Debemos comprender que, muy probablemente, nuestro bebé no está preparado para dormir como nos gustaría a los adultos. No es capaz de consolarse y dormir de un tirón. Su cerebro no se lo permite.

¿POR QUÉ DORMIMOS?

Para mantener nuestra salud. Mientras dormimos nuestro cuerpo se repara. Entraría en juego nuestro reloj biológico, sincronizado con el ambiente y relacionado con el día y la noche, pues somos seres circadianos y vivimos en ciclos de 24 horas dirigidos por el sol. Segregamos cortisol al amanecer para afrontar el día y melatonina por la noche para dormir.

La melatonina es una hormona. Su papel más conocido es como reguladora de los ritmos circadianos y facilitadora del sueño, pero también ejerce protección sobre los huesos, participa en la inmunidad, regula la tensión arterial, favorece la regeneración celular durante la noche y es un gran antioxidante.

Exponernos a la luz natural durante el día es indispensable para producir melatonina. A mayor cantidad e intensidad de luz natural, más melatonina se producirá por la noche. La melatonina se libera a la sangre y se distribuye por el cuerpo, incluido el líquido amniótico durante el embarazo o la leche materna durante la lactancia.

Los bebés reciben melatonina a través de la madre durante la gestación y después en forma de leche materna. La madre transmite así su propio reloj biológico a su hijo o hija. Su producción propia no es detectable en sangre hasta que cumplen aproximadamente 3 meses. Los niveles irán aumentando durante la infancia hasta la adolescencia, cuando se produce un descenso.

La exposición a la luz artificial en casa tras caer el sol retrasa su secreción. También la luz azul de las pantallas.

ARQUITECTURA DEL SUEÑO EN PERSONAS ADULTAS

Para entender cómo duermen nuestros hijos e hijas, tenemos que saber cómo dormimos nosotros/as. El sueño cambia a lo largo de la vida, es diferente para bebés, durante la infancia, la adolescencia, la adultez y la vejez.

El sueño es un proceso constituido por diferentes fases, y la actividad del cerebro es muy diferente en cada una de ellas:

- Sueño tranquilo sin movimientos oculares o sueño noREM. Es la fase del sueño en la que nuestro cuerpo se repone físicamente y en la que se consolida la memoria.

  Se divide en cuatro fases:

  — **Fase 1:** la transición de la vigilia al sueño. Es una fase breve. Cualquier interrupción puede despertarnos.

  — **Fase 2:** sueño ligero. Puede durar en torno a una hora. Representa en torno al 50 por ciento del sueño total.

  — **Fase 3/4:** sueño profundo. Dura entre 20 y 40 minutos. No nos despertaremos con facilidad.

- Sueño REM o activo (Rapid eyemovement o movimientos oculares rápidos). En esta fase, se anula el tono muscular y los ojos realizan movimientos rápidos. Es la fase en la que se produce el 80 por ciento de los sueños. Representa el 25 por ciento del sueño total.

En personas adultas un ciclo de sueño que incluya todas estas fases dura entre 90-120 minutos. Durante la noche, iremos enganchando un ciclo detrás de otro. Entre cada ciclo, tendremos microdespertares en los que podemos comprobar que todo está bien. Es cuando aprovechamos para girarnos o taparnos en la cama, y, normalmente, somos capaces de volver a dormirnos de inmediato.

LA CONSTRUCCIÓN DEL SUEÑO

Como tantas cuestiones en nuestros hijos e hijas, la arquitectura del sueño es muy básica al nacer y lo seguirá siendo hasta los 3 meses de vida aproximadamente. Por lo tanto, es imposible pedir a un/a niño/a dormir como persona adulta, no posee las diferentes fases del sueño.

Una vez adquiridas a los 7-9 meses, estas pasarán a la etapa madurativa. La madurez del sueño se consolida para la mayoría de los/as niños/as a los 5 años de vida. Además, en criaturas nacidas de manera prematura, tendremos en cuenta su edad corregida y no la cronológica.

LAS FASES DEL SUEÑO EN EL NIÑO O LA NIÑA

Si en las personas adultas un ciclo de sueño completo duraba 90 minutos, en las criaturas nacidas a término dura aproximadamente 60 minutos.

La criatura recién nacida tiene ciclos ultradianos. Repite ciclos constantemente a lo largo del día. Come, duerme, se despierta. Come, duerme, se despierta. Y espera que sus necesidades sean atendidas indistintamente de día y de noche. Las primeras semanas, los momentos en los que está despierto/a son breves.

El sueño del niño/a, durante los primeros meses, solo tiene 2 fases:

- **Sueño activo y ligero** (dará lugar con las semanas al sueño REM). En esta fase puede haber movimientos oculares, faciales y pequeñas mioclonías de extremidades.
- **Sueño tranquilo** (dará lugar con las semanas al sueño noREM).

Esto le permite despertarse con frecuencia para alimentarse y comprobar que está seguro.

Los bebés inician el sueño en fase activa de ahí que si los dejamos en la cuna nada más dormirse la mayoría de los bebés se despiertan.

A lo largo de las primeras semanas, esta fase de sueño activa irá disminuyendo, mientras que la fase de sueño tranquilo irá en aumento.

Aunque la producción de melatonina no sea detectable en sangre hasta los 3 meses, eso no quita que las criaturas recién nacidas sí sean sensibles al ambiente. Favorecen la adquisición del ritmo circadiano en el bebé:

- La exposición a la luz durante el día.
- La oscuridad al llegar la noche.
- La melatonina nocturna y el cortisol al salir el sol, presentes en la leche materna.

A partir de los 3 meses, los bebés empezarán a manifestar incipientes señales de un ritmo circadiano. Producen más melatonina por la noche y se alarga el tiempo en el que están despiertos a lo largo del día.

En este momento se comienzan a desarrollar las fases que constituyen el sueño noREM. Este hecho hará que, hacia los 4 meses, el bebé que parecía dormir más horas seguidas por la noche se despierte mucho más. Al contar con nuevas fases de sueño se producen más cambios entre fases y, con ello, más despertares.

Esto es lo que el entrenamiento del sueño llama "regresiones", si bien de regresión tiene muy poco. El hecho de que el bebé incorpore nuevas fases al sueño es el camino natural de la evolución. Por la salud mental de las familias, deberíamos erradicar un lenguaje equivocado que solo genera ansiedad y connota como negativo un proceso evolutivo robusto y bien diseñado.

Además, entre los 4 y los 6 meses, muchos bebés pasarán por la incorporación al trabajo de su madre, el inicio de la escuela infantil y la introducción de la alimentación complementaria. Son muchas situaciones nuevas y no todas de su agrado.

Las fases del sueño quedan constituidas hacia los 7 meses. Aun así, seguirán tiempo sin dormir por la noche de un tirón porque:

- Hay bebés que siguen necesitando comer por la noche.
- Hay bebés que necesitan que los ayuden a dormir cuando se despiertan, entre ciclos completos de sueño, o si se despiertan cuando atraviesa las fases ligeras de sueño.

¿CUÁNTO DEBE DORMIR MI HIJO/A? EL CONCEPTO DE "SUEÑO NORMAL"

Las tablas de recomendaciones sobre cuántas horas y cuántas siestas deben hacer los bebés están basadas en medidas estadísticas y dan un margen muy amplio de variabilidad:

HORAS DE SUEÑO RECOMENDADAS SEGÚN LA EDAD							
0-3 MESES	4-11 MESES	1-2 AÑOS	3-5 AÑOS	6-13 AÑOS	14-17 AÑOS	18-64 AÑOS	65+ AÑOS
							
14-17 HORAS	**12-15 HORAS**	**11-14 HORAS**	**10-13 HORAS**	**9-11 HORAS**	**8-10 HORAS**	**7-9 HORAS**	**7-8 HORAS**

Figura 7: Horas de sueño recomendadas según la edad.
Fuente: elaboración propia.

0-3 meses	Ritmo ultradiano
4-5 meses	3-4 siestas
6-12 meses	2 siestas
1-2 años	1-2 siestas
3-5 años	1 siesta o ninguna

Tabla 6: Número de siestas recomendadas según la edad.
Fuente: adaptado de Olivera Belart, N. Ser bebé (2024).

Más allá de estas cifras debemos entender que la duración del sueño refleja características intrínsecas de cada niño/a. Existe una enorme variabilidad entre niños/as, por lo que es importante tener en cuenta, no solo las necesidades específicas de cada edad, sino también las de cada individuo en concreto.

Si los expertos no parecen ponerse de acuerdo sobre cuánto deben dormir nuestros/as hijos/as, lo más razonable parece ser observar al niño/a.

A **Actividad 6.1: HACER UN DIARIO DE SUEÑO**

CONSOLIDACIÓN DEL SUEÑO NOCTURNO

Aparte del número de horas que deben dormir nuestros/as hijos/as, existe otra variable intensamente estudiada, posiblemente debido al enorme impacto que tiene en la calidad de vida de los padres: la consolidación del sueño nocturno, o lo que es lo mismo, el número y la frecuencia de los despertares nocturnos.

Muchos expertos consideran que a los 6 meses el niño o la niña debería desarrollar la capacidad de dormirse solo/a, tanto al inicio de la noche como en los despertares nocturnos, los cuales se reconocen como normales siempre que no sea necesaria la intervención de una persona adulta para volverse a dormir. Pero lo cierto es que, a esta edad, el porcentaje de bebés que reclaman la intervención de un/a adulto/a es todavía muy alto, y solo a partir del año y medio parece que hay un avance realmente "natural" y espontáneo hacia la capacidad de autoconsuelo.

Así, la mayoría de trastornos del sueño son fruto de unas expectativas poco realistas, interpretando como patológico un comportamiento que es absolutamente normal. La madre, el padre, la teta, el chupete o los brazos no son "muletillas de sueño". Son el entorno del niño o niña. Éste/a ha adquirido las fases del sueño adulto, pero ahora su cerebro empieza a madurarlas, y sigue necesitando regularse en contacto con sus progenitores

OTRAS VARIABLES A TENER EN CUENTA

Más allá de cuánto duerme el niño o niña, cuántas veces se despierta y si es capaz o no de dormirse solo/a, hay dos cuestiones relevantes en relación al sueño infantil:

- Dónde duerme.
- Qué tipo de lactancia recibe.

COLECHO

El colecho en cualquiera de sus formas es una norma biológica y el modo en que la mayoría de los niños y niñas del mundo duermen mejor por la noche, lo que favorece el descanso necesario en las personas adultas.

Aunque el colecho supone un sueño más fragmentado para madre e hijo/a, con casi el doble de despertares, sabemos que ambos sufren despertares más cortos. Pero el colecho tiene implicaciones que van mucho más allá de un sueño más o menos fragmentado. Tiene un importante impacto en la arquitectura del sueño del bebé.

Cuando bebé y madre colechan se produce una sincronización del sueño de ambos. El niño o la niña que colecha pasa un tiempo significativamente mayor en fase REM que el/la que no colecha, fenómeno cuyas implicaciones aún se desconocen pero que se intuyen importantes, dada la mayor duración de esta fase durante la infancia y su papel en el desarrollo cognitivo y emocional del niño/a.

A **Actividad 6.2: DEBATE ACERCA DEL COLECHO**

LACTANCIA MATERNA Y SUEÑO. *BREASTSLEEPING*

McKenna y Gettler han propuesto el término Breastsleeping para dejar en evidencia la relación estrecha que existe entre lactancia materna y sueño infantil.

Colecho y lactancia están positivamente relacionados. Si hay un factor que interaccione especialmente con la lactancia materna dentro del contexto del sueño infantil es el lugar donde duerme el niño o la niña en referencia al cuerpo de la madre. Así, las madres que colechan con frecuencia tienen más probabilidades de seguir amamantando a los 6 meses. Además, la lactancia materna, sobre todo si es exclusiva, resulta claramente protectora frente al síndrome de muerte súbita del lactante.

La lactancia no es por sí misma un factor que contribuya al origen de la falta de sueño que tradicionalmente sufren las madres de bebés, más bien al contrario, parece ser un factor que favorece el descanso de la madre. Diversos estudios nos demuestran que las madres que amamantan a sus bebés no solo no duermen menos, sino que probablemente descansen mejor, siendo este un tema controvertido. Estas diferencias parecen ser causadas por los altos niveles de prolactina asociados a la lactancia. Se sabe que la prolactina tiene un ligero efecto somnífero y se asocia con una mayor cantidad de sueño de ondas lentas en la madre, importante para la existencia de un sueño reparador. El colecho, en ese sentido, es un factor importante a la hora de favorecer el descanso de la madre que amamanta.

Aunque los niños y las niñas menores de 6 meses se despiertan más veces para mamar que los no amamantados, en general, no duermen peor. Está demostrado que la leche producida al anochecer tiene unos niveles más altos de triptófano que la producida durante el día, aminoácido precursor de la serotonina, fundamental en el desarrollo del cerebro, junto con la presencia de melatonina materna.

En ese sentido, la composición de la leche materna podría estar influyendo en el desarrollo del ritmo circadiano del bebé.

DEPRESIÓN POSPARTO EN LA MADRE Y NECESIDAD DE SUEÑO

No podemos desligar el sueño infantil del sueño del resto de la familia, especialmente del de su madre, que será quien asuma las tomas nocturnas en caso de lactancia materna.

La falta de sueño tiene impacto en la salud física y mental de los padres y puede agravar la depresión posparto de la madre, si la presenta. Por todo ello, debemos priorizar el descanso, diurno y nocturno, frente a cualquier otro propósito que nos marquemos en el día, y acompasar nuestro sueño con el del niño o niña, intentado dormir cuando él o ella duerma. Aunque sabemos que esto no siempre será posible, siendo mucho más fácil si estamos ante nuestro primer hijo/a.

En ese sentido, el colecho puede ser un gran aliado, sin obviar la necesidad de consultar con profesionales de la salud mental.

HIGIENE DEL SUEÑO

No podemos acelerar la construcción de las fases del sueño ni podemos madurarlas al instante, pero podemos favorecer hábitos que nos ayuden a todos a dormir mejor:

- Luz del día: los niños y las niñas, como nosotros, necesitan salir a la calle a diario. La luz natural propicia la adquisición de ritmos circadianos y la posterior producción de melatonina por la noche, aunque esté nublado. Permite la adecuada sincronía de sus relojes biológicos y los ritmos ambientales.
- Luz de la casa: se puede cambiar las luces artificiales por otras tenues, de colores naranjas o rojos. La luz artificial retrasa o destruye la secreción de melatonina. Es poco coherente tener a un/a niño/a expuesto durante horas a bombillas potentes y después pedirle que se duerma. Esto no es solo recomendable para el niño o la niña, también para el resto de la familia.
- Rutinas: nos ayudan a las personas adultas, y también a los/as niños/as, a establecer, poco a poco, un ritmo día-noche. Por ello, se recomienda evitar las visitas y un exceso de estímulos al caer la noche. Un baño relajante, luces tenues y un masaje pueden ser también buenas opciones.
- Ventilar bien la habitación y evitar sobreabrigar al niño/a.
- Las siestas de día se recomiendan con luz para favorecer el establecimiento del ritmo circadiano.

EN RESUMIDAS CUENTAS:

- Debemos encontrar soluciones en equilibrio para las personas adultas y los niños y niñas.
- El entrenamiento de sueño no es respetuoso con nuestros/as hijos/as. Mediante todo tipo de técnicas se enseña al niño/niña a dejar de llamar. Y sí, lo consiguen. Se extingue la llamada, pero no la necesidad.
- Todos los niños y las niñas aprenderán a dormir solos/as con el tiempo, cuando estén preparados/as. Algunos/as lo estarán antes y otros/as después. Acompañar y estar en su evolución es lo que previene los verdaderos trastornos del sueño.

EL MASAJE INFANTIL

El masaje infantil es una práctica milenaria que ha sido utilizada en diversas culturas alrededor del mundo para promover el bienestar físico y emocional de los niños y niñas.

A través del contacto piel con piel, el masaje no solo fortalece el vínculo entre padres e hijos/as, sino que también ofrece múltiples beneficios para la salud del niño/a:

- Provoca la liberación de sustancias químicas en el cerebro que influyen en su desarrollo.
- Mejora la digestión, la circulación, la respiración y la eliminación.
- Refuerza los sentimientos de seguridad y confianza.
- Alivia los cólicos y los gases.
- Refuerza el vínculo positivo.
- Facilita un sueño tranquilo y reparador.
- Implica a toda la familia, favoreciendo el respeto y promoviendo un ambiente relajado.
- Ayuda a liberar tensiones, tanto físicas como emocionales.

AMBIENTE Y CONDICIONES

- Espacio cálido y tranquilo, libre de distracciones, luz indirecta.
- Relajación y tranquilidad del cuidador/a que aplique el masaje.
- Usar aceites naturales y seguros para la piel del niño/a (aceite de almendras dulces o aceite de coco) a una temperatura agradable.
- Pedir permiso al niño/a, debe estar receptivo/a y cómodo/a, debemos observar sus señales.
- Si el niño/a muestra signos de incomodidad o llanto, detener el masaje y tratar de calmarlo/a antes de continuar.
- En los primeros meses de vida, lo ideal es realizar el masaje diariamente. Esto ayuda a establecer una rutina y a fortalecer el vínculo entre padres e hijos/as.
- Movimientos suaves y rítmicos. Evitar aplicar demasiada presión.
- Los movimientos deben ser siempre agradables para el el niño o la niña.
- Evitar áreas sensibles o lesionadas.
- Si el el niño o la niña tiene alguna condición médica específica, consultar con un/a profesional de la salud antes de comenzar cualquier técnica de masaje.



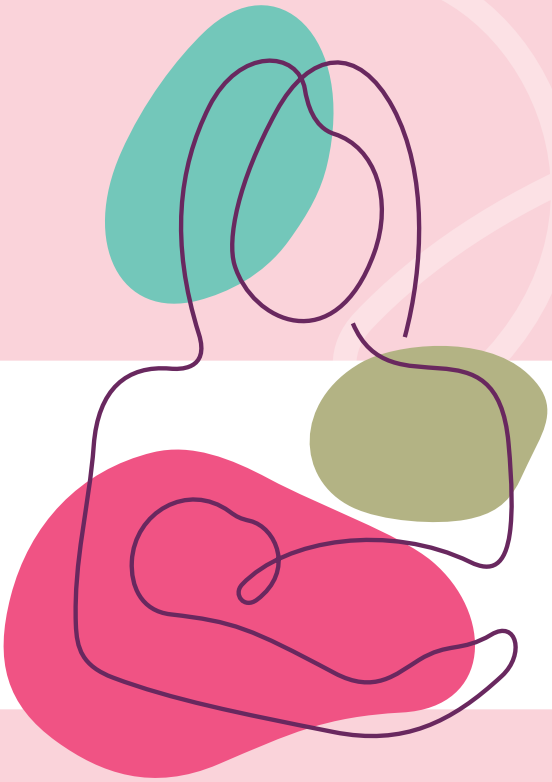
Actividad 6.3: PRÁCTICA DE MASAJE INFANTIL

BIBLIOGRAFÍA

- Olivera Belart, N. (2024). Ser bebé. PenguinRandomHouse Grupo Editorial.
- Berrozpe, M. (2017). Dulces sueños. Alianza Editorial, S.A.
- McKenna, J. J., &Getler, L. T. (2016). Thereis no suchthing as infantsleep, thereis no suchthing as breastfeeding, thereisonlybreastsleeping. Acta Pediatrica, 105(1), 17-21.
- Ball, H. L., Howel, H., Bryant, A. B., Russell, C., & Ward-Platt, M. (2016). Bed-sharingby-breastfeedingmothers: Whobed-shares and whatistherelationshipwithbreastfeeding-duration? Acta Pediatrica, 105(6), 628-634.
- Blumberg, M. S., Gall, A. J., &Todd, W. D. (2014). Thedevelopment of sleep-wakerhythms and thesearchfor elemental circuits in theinfantbrain. BehavNeurosci, 128(3).
- Williams, J. A., Zimmerman, F. J., & Bell, J. F. (2013). Norms and trends of sleep time among US children and adolescents. JAMA Pediatrics, 167(1), 55-60.
- Ball HL. (2013) Supportingparentswho are worriedabouttheirnewborn'ssleep. BMJ, 346, f2344.
- Mindell, J. A., Du Mond, C. E., Sadeh, A., Telofski, L. S., Kulkarni, N., &Gunn, E. (2011). Long-termefficacy of an internet-basedinterventionforinfant and toddlersleepdisturbances: Oneyearfollow-up. Journal of ClinicalSleep Medicine, 7(5), 507-511.
- Hauck, F. R., Thompson, J. M., Tanabe, K. O., Moon, R. Y., &Vennemann, M. M. (2011). Breastfeeding and reducedrisk of suddeninfantdeathsyndrome: A meta-analysis. Pediatrics, 128(1), 103-110.
- UNICEF. (2009). Grabado en la piel. Guía de masaje infantil.

7

LACTANCIA Y DESTETE



GUÍA PROFESIONAL

PARA LA EDUCACIÓN PARENTAL DURANTE

EL POSPARTO

Autoras:

AMALIA UREÑA LORENZO. Matrona. Área III

MARÍA MENÉNDEZ GRANDA. Matrona e IBCLC. Área IV

ANDREA SUÁREZ BANCIELLA. Enfermera. Técnica de salud de la Dirección General de Cuidados y Coordinación Sociosanitaria. Consejería de Salud

Revisado por:

MARÍA ORVIZ GONZÁLEZ. Matrona. Vocal de la Asociación Profesional de Matronas del Principado de Asturias (APROMAP)

MARÍA HELENA HERRERO MARTÍNEZ. Enfermera e IBCLC. Representante de la Asociación Amamantar

7

LACTANCIA Y DESTETE

Índice

UNIDAD 7. VISIÓN GENERAL	4
INTRODUCCIÓN	5
VALORACIÓN INTEGRAL DE LA MADRE LACTANTE	5
VALORACIÓN INTEGRAL DE LA CRIATURA RECIÉN NACIDA	8
INCORPORACIÓN AL TRABAJO	10
DESTETE	11
RECURSOS PERSONALES DE APOYO A LA LACTANCIA	14
BIBLIOGRAFÍA	15

UNIDAD 7	LACTANCIA Y DESTETE
OBJETIVO GENERAL	Resolver dudas concretas y plantear retos futuros, como son el deseo de seguir amamantando tras la reincorporación al trabajo y el destete.
RESULTADOS DEL APRENDIZAJE	Que las mujeres y sus parejas o acompañantes puedan: • Adquirir información sobre los principales problemas de la lactancia, la reincorporación al trabajo y el destete. • Adquirir habilidades para resolver los retos que puede plantear la lactancia. • Desarrollar actitudes para desterrar la culpa ante los posibles problemas de la lactancia y el destete.
TIEMPO	90-120 minutos
MATERIALES	• Tríptico: Incorporación al trabajo. Elaboración de un banco de leche.
DESARROLLO PRÁCTICO DE LA UNIDAD	• Actividad 7.1: Encuentro entre iguales.
MENSAJES CLAVE	• Algunas situaciones como la anemia, las alteraciones tiroideas y el síndrome de ovario poliquístico pueden comprometer la adecuada producción de leche. • Los niños y niñas con alteraciones orofaciales, craneales o del cuello pueden presentar dificultades para su alimentación. • La falta de apoyo y la discordancia entre las expectativas y la experiencia real pueden asociarse a una peor salud mental materna. • El dolor conduce a un destete temprano en un tercio de las mujeres que amamantan, asociándose a un aumento de la depresión materna. • La mastitis no es una entidad aislada, sino que abarca un espectro de condiciones derivadas de la inflamación y el edema. • Un/a niño/a que se muestra intranquilo/a durante las tomas y permanece irritable después de mamar se escapa de lo que entendemos por un comportamiento normal y deseable. • La anquiloglosia se caracteriza por la presencia de un frenillo lingual anormalmente corto. Restringe el movimiento de la lengua, pudiendo ocasionar problemas en la lactancia. • Los niños y las niñas que están recibiendo suficiente leche deberían perder hasta el 7% del peso del nacimiento en los 3 primeros días y deberían recuperarlo a los 10 días, como muy tarde a los 14. • Cuando una mujer que lacta se reincorpora al trabajo tiene varias opciones para mantener la lactancia, si ese es su deseo. Es útil planificarlo con anticipación. Lo ideal es empezar entre un mes y 15 días antes de la fecha señalada. • El destete es el proceso de finalización de la lactancia. Puede ser por deseo materno o de la criatura y suele ser progresivo. Se pueden dar circunstancias de destete abrupto por diferentes circunstancias. En ese caso hay que tratar de evitar complicaciones. • En nuestra comunidad, existen grupos de apoyo a la lactancia dirigidos por madres y aquellos liderados por profesionales.

INTRODUCCIÓN

La información más relevante relativa a la lactancia materna ya se abordó en la sesión "Alimentación de la criatura recién nacida" durante el embarazo.

Por el momento vital en el que se encuentran las mujeres y sus familias entonces, enfocados en el nacimiento de sus hijos/as, sentimos que esta información tiene, a veces, poco impacto.

Una vez superado el nacimiento, y con el hijo/a ya en brazos, el puerperio es el momento en que las familias estarán más receptivas, y en el que podremos recordar los aspectos más importantes abordados en esa sesión. También será momento de resolver dudas concretas y plantear retos futuros, como son el deseo, o no, de seguir amamantando tras la reincorporación al trabajo y el destete.

A **Actividad 7.1: ENCUENTRO ENTRE IGUALES**

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA MADRE LACTANTE

Profundizaremos en cuestiones ya mencionadas durante el embarazo:

VALORACIÓN FÍSICA

Algunas situaciones como la anemia, las alteraciones tiroideas, el síndrome de ovario poliquístico o las dificultades de succión de los bebés pueden comprometer la adecuada producción de leche.

Por ello, las analíticas en el posparto y la suplementación cuando sea necesaria, son recursos útiles para colocar a la mujer en las mejores condiciones posibles para incrementar los volúmenes de leche.

Algunas mujeres con problemas en la producción pueden beneficiarse del uso de galactagogos, que son sustancias que estimulan la producción de leche; aunque hay que tener en cuenta que el aumento de la producción es discreto.

Pueden ser farmacológicos o no farmacológicos (naturales). La elección suele estar influida por la familiaridad y las costumbres locales, aunque los más utilizados en nuestro medio son la domperidona, el fenogreco, el cardo mariano y el mio-chiro-inositol.

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Durante el posparto, es importante profundizar en la detección de depresión y ansiedad posparto, especialmente si existen antecedentes previos. Existen herramientas estandarizadas para el cribado de estos problemas y la posibilidad de derivación a profesionales de la psicología perinatal cuando sea necesario.

Como ya mencionamos en la sesión de "Salud Mental Perinatal", la asociación entre lactancia materna y depresión o ansiedad es bidireccional.

La depresión o ansiedad se relacionan con menores tasas de lactancia materna y la lactancia materna se ha identificado como factor protector contra la depresión. No obstante, la falta de apoyo y la discordancia entre las expectativas y la experiencia real pueden asociarse a una peor salud mental materna. En estos casos, las intervenciones individualizadas e interdisciplinarias son las más exitosas.

Ante problemas de lactancia materna, todos y todas podemos:

- Validar la experiencia sin juzgar.
- Facilitar la expresión de sentimientos.
- Tratar de desterrar la culpa.
- Animar a buscar apoyo del entorno: familia, amistades.
- Ofrecer apoyo práctico, poco intervencionista e individualizar o derivar a quien pueda hacerlo.
- Informar y ofrecer opciones.
- Si es necesario suplementar:
  - — Enseñar estrategias para aumentar la producción.
  - — Extraer leche materna y administrar suplementos.
  - — Que la madre decida sus estrategias.
  - — Validar la lactancia mixta como opción.
  - — Ofrecer apoyo psicológico individual y grupal.
- Enseñar a dar el biberón de una manera más fisiológica.
  - — Intentar que sean los cuidadores principales quienes se lo administren (madre, padre).
  - — A demanda, lento (método Kassing).
  - — Cambiar de brazos, mirándole a la cara.
  - — Con dosis extra de contacto: colecho, masaje, porteo, caricias.

VALORACIÓN DE LOS PROBLEMAS DEL PECHO

DOLOR Y TRAUMA DEL PEZÓN

Muchos factores y afecciones contribuyen al dolor en los pezones (agarre superficial, anquiloglosia, succión masticatoria) y este dolor conduce a un destete temprano en alrededor de un tercio de las mujeres que amamantan, asociándose además a un aumento de la depresión materna. Por ello, es de vital importancia realizar una buena valoración de la lactancia, identificar el origen del dolor, tratar la causa y ofrecer recursos a la mujer que permitan tratarlo o en su caso, atenuarlo.

ESPECTRO DE LA MASTITIS

La mastitis no es una entidad aislada sino que abarca un espectro de condiciones derivadas de la inflamación y edema. Si el estrechamiento de los conductos y la congestión

empeoran por la sobrestimulación de la producción de leche, se puede desarrollar una mastitis inflamatoria, seguida de una mastitis bacteriana aguda. Esto puede progresar a flemón o absceso.

En el **protocolo de la ABM sobre el espectro de la mastitis** hay información más exhaustiva sobre este tema, con imágenes ilustrativas y los principales cuidados:

A) Ingurgitación

Se presenta como dolor mamario bilateral, firmeza e hinchazón que generalmente ocurre entre los días 3 y 5 después del parto en respuesta a la activación secretora.

El problema en sí no es el éxtasis de leche, sino la inflamación.

Algunas de las intervenciones para su alivio incluyen aplicación de frío local, realizar presión inversa suavizante, y tratar de extraer manualmente pequeños volúmenes de leche facilitando así el enganche, uso de antiinflamatorio no esteroideos para reducir el edema y la inflamación, y evitar masaje traumático sobre el pecho.

B) Obstrucción

Es un área focal de induración de tejido mamario congestionado que está sensible. A veces se resuelve espontáneamente, pero las mujeres pueden experimentar dolor residual transitorio.

C) Mastitis

La mastitis bacteriana es una progresión de la obstrucción que aparece como una celulitis en una zona específica de la mama que puede extenderse a diferentes cuadrantes.

La **mastitis aguda** se caracteriza por: sensibilidad mamaria unilateral localizada y eritema, acompañada de fiebre, malestar general, fatiga, dolores corporales y dolor de cabeza. Requiere el uso de antibióticos para su resolución.

En otras ocasiones, puede presentarse como un dolor profundo con sensación de quemazón constante o intenso en la mama que empeora durante o justo después de la toma, que puede acompañarse de dolor hacia el brazo o la espalda en ausencia de fiebre o malestar, y con síntomas clínicos que son variables. En la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad esta entidad se denomina **mastitis subaguda** y ocurre cuando los conductos se estrechan por probables biopelículas bacterianas en el contexto de una disbiosis mamaria crónica.

El tratamiento incluye medidas de apoyo como reposo, aplicación de frío tras la toma, no aumentar la frecuencia de las tomas (en caso de alimentación en diferido, realizar alguna extracción corta hasta conseguir cierta comodidad y no aumentar frecuencia de las extracciones) y evitar el masaje traumático del pecho.

El tratamiento farmacológico de las mastitis subagudas incluye analgesia y el uso de algún antiinflamatorio. Si los síntomas son leves y han estado presentes durante menos de 24 horas, puede ser suficiente un tratamiento conservador. Si los síntomas persisten durante más de 24 horas o si la mujer presenta una clínica intensa, se debe valorar la recogida de un cultivo e iniciarse la antibioterapia durante al menos 10 días (valorar de 10 a 14 días).

D) Absceso mamario

Se presenta como una acumulación de líquido palpable en un área bien definida de la mama. Los síntomas sistémicos y la fiebre pueden resolverse a medida que el cuerpo elimina el proceso infeccioso, o pueden resolverse y luego aparecer recurrencias.

Es preferible pinchar en lugar de drenaje abierto (aunque sean varias veces).

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA CRIATURA RECIÉN NACIDA

VALORACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

EXCESIVAMENTE DORMIDO/A

El excesivo sueño infantil tiene varias causas. Puede estar asociado con la maduración neuronal o restricción del crecimiento. Las criaturas nacidas de manera prematura y las pequeñas para la edad gestacional (PEG) muestran un estado de comportamiento menos organizado, actúan somnolientas y, a menudo, dan señales de alimentación indistintas.

Se recomienda estimular a las criaturas recién nacidas que no se despiertan espontáneamente a las tres o cinco horas de la última toma mediante contacto piel con piel, masaje de los pies, cambio de pañal, retirada de ropa etc. y ayudarles a engancharse al pecho si es preciso.

Hasta conseguir una toma eficaz se recomienda que la madre se extraiga leche para estimular y mantener la producción de la leche y que se la ofrezca a la criatura recién nacida mediante el dispositivo más adecuado.

ESTRESADO/A

Un niño o una niña que se muestra intranquilo/a durante las tomas y permanece irritable después de mamar se escapa de lo que entendemos por un comportamiento normal y deseable en una criatura recién nacida. Si esta circunstancia se mantiene en el tiempo, debemos consultar.

VALORACIÓN FÍSICA

VALORACIÓN DE CABEZA Y CUELLO EN BUSCA DE AMOLDAMIENTOS, ASIMETRÍAS Y TORTÍCOLIS

El moldeado craneal localizado es común en la criaturas recién nacidas debido a partos instrumentalizados, trabajos de parto prolongados, primiparidad y malposición.

Los niños o niñas con forma anormal de la cabeza y asimetría craneal (plagiocefalia) requieren una evaluación cuidadosa si experimentan dificultades para amamantar, ya que la forma inusual de la cabeza tiene una asociación con un mayor riesgo de torticolis y limitaciones en el rango de movimiento.

Jugar con las posiciones al pecho ayuda a algunos/as niños/as; otros/as requieren intervenciones más intensivas como fisioterapia especializada. Resulta de interés asesorar sobre la protección del suministro de leche siempre que un niño o niña rechace el pecho o le cueste mamar.

ANQUILOGLOSIA

Se caracteriza por la presencia de un frenillo lingual anormalmente corto, con poca elasticidad y que restringe el movimiento de la lengua, pudiendo ocasionar problemas en la lactancia tales como: dificultad de agarre, dificultad de succión y una incorrecta transferencia de leche materna, junto con dolor materno en el pezón y areola. Todo esto, puede contribuir a un riesgo de interrupción temprana en la lactancia materna.

Por todo ello, será de máxima importancia la valoración de la movilidad de la lengua (extensión, elevación, lateralización y peristaltismo o movimientos ondulares).

Debemos sospechar de una alteración anatómica ante estas situaciones:

- **En la mama:** dolor en pezones y/o areola, grietas, mastitis, pezón en forma de pintalabios tras la toma, drenaje deficiente de los pechos.

- **En el niño o la niña:** enfados y frustración al pecho, cansancio y sueño excesivo, tomas anormalmente largas (más de 45 minutos y hasta 1 hora), bebés insatisfechos/as tras las tomas, alteración de la ganancia ponderal, chasquidos durante la toma, atragantamientos, callo lingual.

Como medidas de soporte, se puede animar a la madre a colocar a su hijo o hija en la postura de balón de rugby para lograr un mejor sellado de la mandíbula. También se puede recomendar el uso de pezoneras finas que favorezcan el agarre del niño o niña con dificultades y disminuyan la fricción en los pezones lesionados. Además, es importante establecer un plan de extracciones para que la madre proteja la producción láctea.

Para tener un diagnóstico definitivo es imprescindible la valoración por un/a especialista con experiencia y formación en este ámbito. Por ello se debe valorar derivación a pediatría y a fisioterapia especializada.

REFLEJOS ORALES

Los reflejos orales del lactante como la succión, la deglución y la masticación, son fundamentales para el desarrollo adecuado del complejo craneofacial.

Estos reflejos no solo aseguran la alimentación del niño o niña, sino que también estimulan el crecimiento y la formación de las estructuras faciales y craneales.

El correcto desarrollo de estas estructuras está ligado a la neuromotricidad y el establecimiento del esquema corporal, fijando patrones de movimiento que influirán en el desarrollo posterior.

- **Succión:** Este reflejo es crucial para la lactancia. La acción de succionar ayuda a desarrollar los músculos de la mandíbula y la cara, promoviendo un crecimiento equilibrado del maxilar y la mandíbula.
- **Deglución:** La deglución adecuada asegura que los alimentos y líquidos pasen correctamente desde la boca hasta el estómago. Este proceso también contribuye al desarrollo de los músculos faciales y la coordinación neuromuscular.
- **Masticación:** Aunque se desarrolla más tarde, la masticación es esencial para el fortalecimiento de los músculos faciales y la correcta alineación de los dientes.

La lactancia materna es una de las mejores formas de estimular los reflejos orales. La succión del pecho requiere un esfuerzo considerable por parte del niño o niña, lo que ayuda a desarrollar los músculos faciales y mandibulares.

EVALUACIÓN DEL PESO

Los niños y las niñas que están recibiendo suficiente leche deberían perder y ganar peso de la siguiente manera:

- Perder hasta el 7% del peso del nacimiento en los 3 primeros días es normal. Perder más requiere investigación y recomendaciones para mejorar la ingesta. Tras ello, como regla general, un/a niño/a sano/a a término debería:
  - — Recuperar el peso de nacimiento a los 10 días.
  - — 0-3 meses 30g/día
  - — 3-6 meses 20g/día
  - — 6-12 meses 15g/día
- El niño o la niña debería doblar su peso de nacimiento a los 4-5 meses.
- El niño o la niña debería triplicar su peso de nacimiento al año de vida.

INCORPORACIÓN AL TRABAJO

Cuando una madre se reincorpora al trabajo, puede ser un desafío continuar con la lactancia, pero hay varias opciones que puede adoptar:

1. **Dar leche artificial** u otros alimentos en su ausencia y continuar con la lactancia materna en su presencia.
2. **Extraer** algo de leche materna durante sus ausencias.
3. **Preparar** un banco de leche.

PLANIFICACIÓN DE UN BANCO DE LECHE

Es útil planificarlo con anticipación. Lo ideal es empezar entre un mes y 15 días antes de la fecha de incorporación al trabajo, dependiendo de la cantidad de leche que se vaya a necesitar, bien sea para sustituir tomas o para disponer de una reserva.

Para sustituir las tomas al pecho habría que contar con una cantidad aproximada de 50-100ml por toma, y la estimación suele ser 1 toma por cada 3 horas de ausencia.

Para disponer de una reserva de leche, la cantidad recomendada estará entre los 300 y los 500 ml.

EXTRACCIÓN DE LECHE

Extraerse leche no es una actividad instintiva, sino que requiere un aprendizaje para que sea lo más eficiente posible. La leche puede extraerse en cualquier momento, bien en casa con el niño o la niña, preferiblemente por las mañanas, o bien en el trabajo.

En este caso, además de un buen sacaleches, puede ser útil la utilización de estímulos que desencadenen el reflejo de eyección láctea como: oler ropa del niño/a, grabar un audio del niño/a llorando e ir reproduciéndolo mientras intentamos sacar la leche, pensar en el niño o la niña y realizar un masaje sobre el pecho, el pezón y la areola.

Es recomendable que antes de almacenar leche congelada el niño o la niña la pruebe por si la rechaza y hubiera que tomar la precaución de calentarla y dejarla en reposo antes de congelarla.

ALMACENAMIENTO

Debe asegurarse un lugar adecuado para almacenar la leche extraída, ya sea en el refrigerador o en el congelador, dependiendo de cuánto tiempo se esté fuera.

Es necesario contar con envases (bien frascos de vidrio o recipientes aptos libres de bisfenos A) y etiquetas, para anotar fecha y hora de extracción.

Es más práctico almacenar cantidades pequeñas en cada recipiente (50/70 ml) para evitar desperdiciar la leche.

Preferiblemente se debe utilizar la leche más antigua primero.

Una vez descongelada, la leche aguanta 24 horas sin manipular; en el caso de que el niño o la niña la haya tomado parcialmente debe desecharse; si no la ha tomado y la temperatura ambiental no es superior a los 25 grados se puede ofrecer en la siguiente toma sin volver a calentarla.

APOYO

Es importante tener en cuenta a las personas que se queden a cargo del niño o de la niña en ausencia de la madre. Es necesario informarles de que las reacciones de los/as niños/as amamantados/as ante la ausencia de su madre son imprevisibles. Muchos/as prefieren no tomar nada hasta que sea posible el amamantamiento, mientras que otros/as protestan enérgicamente.

Ante esta situación, es importante atender la angustia que pueda experimentar el cuidador o cuidadora, e informar de que el periodo de regulación, por lo general, es corto. Es fundamental comprender que estas reacciones son normales y que, con una madre disponible al regreso, se compensa la posible deficiencia en la ingesta.

DESTETE

El destete es un proceso progresivo que puede durar días o meses y con el que se da por finalizada la lactancia. Al igual que la lactancia, el destete tiene una evolución y unos "tempos" concretos a tener en cuenta. Es un proceso complejo que requiere de adaptación a las necesidades de la madre, pero también adaptación a la edad del niño/a.

En general los desafíos que este proceso presenta son:

- Ofrecer otra alimentación al niño/a, adecuada para su edad.
- Trucos para conseguir que acepten esa alimentación alternativa.
- Disminuir la producción de leche materna.

El destete puede estar dirigido por la madre, por el niño o la niña o realizarse de manera urgente, normalmente en pocos días.

Este último supuesto suele estar relacionado con problemas, ya sean de la madre o del bebé, que imposibilitan mantener la lactancia materna. Suelen ser situaciones para las que la madre no está preparada, por lo que hay que ofrecer un acompañamiento emocional cercano.

EDAD DEL HIJO/A

En función de la edad del hijo/a, los retos que nos plantea el destete serán distintos:

- Antes de los 6 meses, el único alimento seguirá siendo la leche, por lo que la alternativa será administrar leche de fórmula con biberón.

  Algunos trucos para que lo acepten incluyen:

  — Ofrecer la leche cuando no estén ni muy cansados ni muy dormidos ni muy hambrientos.

  — Tener en cuenta que las primeras veces suele ser más fácil que lo intente una persona diferente a la madre.

  — Seleccionar una tetina adecuada y de flujo acorde con las capacidades de succión del bebé.

- Entre los 6 meses y el año, aunque el alimento principal siga siendo la leche, ya se incorporan otros alimentos a su dieta.

- Después del año, puede conllevar dificultades de aceptación por parte del niño/a y será necesario planificarlo con antelación. Algunas estrategias que pueden resultar útiles son:
  - No ofrecer no negar: Este método se basa en no ofrecer el pecho y esperar a que el niño o la niña lo pida. Si lo pide se le da. Una vez se relaja al ver que siempre tiene el pecho a su disposición, disminuir el tiempo que pasa al pecho de manera progresiva, ofreciendo algún recurso que le guste y que le anime a dejar de mamar.
  - Distraer y/o aplazar: Se trata de ofrecerle otros recursos alternativos al pecho cuando el/la lactante lo solicite. Es probable que la primera vez solo aguante unos minutos sin mamar, pero poco a poco debería ser capaz de aguantar un poco más.

DESTETE NOCTURNO

De noche el destete es más explosivo y rápido, pues el objetivo es que el niño o la niña aprenda a conciliar el sueño sin succionar. Es viable a partir del año.

Las mujeres que por falta de descanso nocturno se plantean no dar el pecho de noche precisan de apoyo familiar para que el niño o la niña sea atendido/a en sus despertares sin succión del pecho. Pueden ser útiles los chupetes o tomas de leche extraída o artificial con biberón.

VENTANAS DE OPORTUNIDAD

Hay algunos momentos coincidentes con los hitos de desarrollo de los bebés y de los niños y niñas, en los que puede resultar más simple conseguir un destete. Son las llamadas ventanas de oportunidad:

- Antes de los tres meses.
- Entre los 9-11 meses: en esta etapa suelen presentar poca atención al pecho, al menos de día, y suele ser más fácil conseguir un destete, al menos diurno.
- Cuando el destete no coincida con algún otro proceso. Si el destete coincide con cambios en la vida del niño o de la niña: inicio de la escuela infantil, dejar el pañal, cambios de domicilio... será más complejo. Sería aconsejable darle un espacio único.

EL DESTETE PARA LA MADRE

Es probable, especialmente en caso de destete muy abrupto, que se produzcan signos de inflamación en el pecho e incluso una mastitis. Puede ser preciso realizar extracciones, solo y lo justo para aliviar la tensión mamaria e ir reduciéndolas progresivamente cada 2 o 3 días. El frío local y los antiinflamatorios también serán recursos útiles.

Otras intervenciones como fajarse o vendarse los pechos con fuerza, limitar la ingesta de líquido o impedir la extracción de leche no están recomendados, al igual que la administración de cabergolina más allá de los primeros días. Sí ha reportado disminución de la producción láctea el uso de anticonceptivos orales con estrógenos, pseudoefedrina, salvia y perejil.

Hay que tener en cuenta que el destete puede suscitar múltiples emociones en la madre, por ejemplo:

- Ambivalencia.
- Culpa.

- Agitación por amamantamiento: Un motivo por el que muchas mujeres quieren destetar es la aparición de un rechazo hacia las demandas del niño o de la niña. La agitación por amamantamiento se suele producir en tres situaciones: lactancia con niños/as mayores, embarazo y lactancia en tándem.
- Tristeza.

En todos los casos, cuando estas emociones generan mucha ansiedad o no pueden manejarse adecuadamente, debe considerarse la derivación a profesionales de la salud mental perinatal.

Tras el abandono, todos debemos:

- Validar las experiencias sin juzgar.
- Facilitar la expresión de sentimientos.
- Desterrar la culpa.
- Dar apoyo desde el entorno, e incluir a pareja y familia.
- Ayudar a elaborar la pérdida y el duelo.
- Felicitar por el tiempo que se consiguió lactar.
- Vigilar signos de alarma (desesperanza...).
- Ofrecer apoyo psicológico individual y grupal. Coordinación con las unidades de salud mental perinatal.
- Reforzar el vínculo y una relación sana con su hijo/a.

EL DESTETE PARA EL NIÑO O LA NIÑA

El niño o la niña, según la edad que tenga, también transitara muchas emociones en el destete. Irritabilidad, tristeza, enfado pueden ser las más habituales.

Hay niños/as más mayores que ya pueden expresar sus emociones, incluso hablar de ellas y que pueden llegar a expresar sentimientos de tristeza, que será importante acompañar. Es el momento de poner nombre a esas emociones y es recomendable trabajar la inteligencia emocional.

RECURSOS PERSONALES DE APOYO A LA LACTANCIA

La creación de los grupos de apoyo a la lactancia materna es una de las recomendaciones establecidas por la OMS y UNICEF en "Los diez pasos hacia una Feliz Lactancia Natural", que se puede consultar en https://www.who.int/es/publications/i/item/9241591544

En nuestra comunidad, existen grupos de apoyo a la lactancia dirigidos por madres y aquellos liderados por profesionales, cuya diferencia radica principalmente en el enfoque y el tipo de apoyo que ofrecen:

- **Grupos de apoyo de profesionales:** Estos grupos son dirigidos por profesionales de la salud, como consultoras de lactancia y matronas, que ofrecen información basada en la evidencia científica.

  Realizan un asesoramiento especializado y abordan problemas específicos de la lactancia, como dificultades con el agarre, la producción de leche o problemas de salud que puedan afectar a la lactancia.

  A menudo, los grupos dirigidos por profesionales pueden proporcionar recursos adicionales como folletos informativos, acceso a talleres o consultas individuales.

  En nuestra comunidad existen dos:

  — Grupo constituido por matronas voluntarias de la **ASOCIACIÓN PROFESIONAL DE MATRONAS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (APROMAP):**

  OVIEDO: El primer jueves de cada mes de 17:00 a 19:00 / Hotel de Asociaciones Santullano de Oviedo. Avenida Fernández Ladreda, 28, frente al centro comercial de Los Prados / De octubre a junio.
  GIJÓN: El cuarto jueves de cada mes de 17:00 a 19:00 / Centro Municipal de la Arena, situado en la calle Canga Arguelles, 16-18 (junto al Parque de la Fábrica del Gas) / De octubre a junio.

  — Consultas individualizadas en la **ASOCIACIÓN AMAMANTAR**: Solicitando cita previa a través de la página web: https://amamantarasturias.org/consultas-y-atencion-individualizada/.

- **Grupos de apoyo de madres:** Estos grupos suelen estar formados por madres que han pasado por experiencias similares. El apoyo se basa en la empatía y el intercambio de vivencias personales.

  Además, las madres pueden compartir consejos prácticos sobre cómo manejar las dificultades individuales y sociales con la lactancia materna, el destete, el sueño del bebé, la introducción de otros alimentos, etc.

  En nuestra comunidad, existen los siguientes:

  — **AMAMANTAR ASTURIAS:** Se reúnen de octubre a junio de 17 a 19:30h. Telf. 647 80 10 30:

  GIJÓN: Segundo viernes de mes / Centro Nívola, C/José las Clotas, 3, 2ºA (consultar web).
  OVIEDO: Tercer viernes de mes / Hotel de Asociaciones de Santullano, sala 1, C/Fernández Ladreda,48.

  — **LACTAMOR:** Se reúne en el Occidente asturiano. Telf. 617 27 7079.

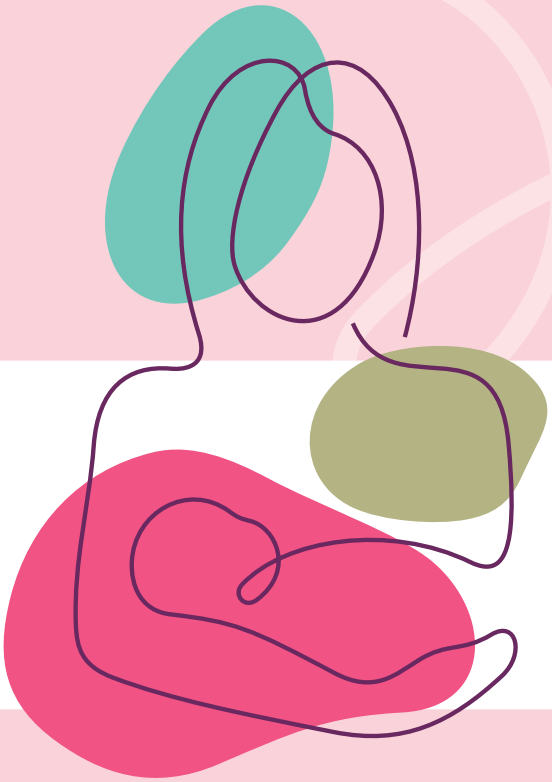
  — **VÍA LÁCTEA ASTURIAS.** Se reúnen los miércoles alternos en el aula de Alfalar de 16:30 a 19:00 h. La Corredoria. Oviedo. Telf. 657 222 189.

BIBLIOGRAFÍA

- Ciriza Barea, E., CodoñerCanet, A., Gómez Fernández-Vegue, M., Oliva González, E., Sánchez Mena, M., & Menéndez Orenga, M. (2025). Lactancia frustrada. Cuando la lactancia dura menos de lo deseado. Revisión sobre la experiencia materna de amamantar. Revista de Lactancia Materna, 3. https://doi.org/10.14201/rlm.32605
- Hospital Universitario San Agustín. (2022). Guía de implementación de recursos y estrategias para el apoyo a la lactancia materna.
- Amamantar Asturias. (2019). Hand expressing. Recuperado de https://amamantarasturias.org/wp-content/uploads/2019/10/Hand-expressing-FINAL.pdf
- Amamantar Asturias. (2019). Acercando el biberón al pecho. Recuperado de https://amamantarasturias.org/wp-content/uploads/2019/11/Acercando-el-biberon-alpecho.pdf
- Amamantar Asturias. (2019). Hipogalactia y factores ginecológicos. Recuperado de https://amamantarasturias.org/wp-content/uploads/2019/10/INES-VELASCO-hipogalactiay-factores-ginecologicos.pdf
- Amamantar Asturias. (2019). Hipogalactia: Hipo e hipertiroidismo. Recuperado de https://amamantarasturias.org/wp-content/uploads/2019/10/LLUIS-VILA-Hipogalacia-Hipo-e-hipertiroidismo.pdf
- RNAO. (2018). Guía de buenas prácticas - Lactancia materna: Fomento del apoyo al inicio, exclusividad y continuación de la lactancia materna para recién nacidos, lactantes y niños pequeños. 3ª edición. Investén.
- Osteba (2017). Guía de práctica clínica sobre lactancia materna. Minsterio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_osaesk_lactancia/es_def/adjuntos/GPCLactancia_mujeres_Osteba-1.pdf
- Wilson-Clay, B., &Hoover, K. (2013). TheBreastfeeding Atlas. LactnewsPress.

8

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA



GUÍA PROFESIONAL

PARA LA EDUCACIÓN PARENTAL DURANTE

EL POSPARTO

Autoras:

AIDA RIEGAS FERNÁNDEZ. Matrona. Área IV

LUCÍA FERNÁNDEZ ARCE. Enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Universidad de Oviedo. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública

Revisado por:

SARA DIEZ GONZÁLEZ. Enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Técnica de Salud de la Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Mental. Consejería de Salud

PAULA SUÁREZ FERNÁNDEZ. Enfermera Especialista en Pediatría. Vocal de la Asociación de Enfermería Pediátrica del Principado de Asturias (AEPPAS)

8

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Índice

UNIDAD 8. VISIÓN GENERAL	4
INTRODUCCIÓN	5
QUÉ ES LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	5
POR QUÉ NO A LOS 4 MESES O A LOS 7 MESES	5
LA LECHE MATERNA (O ARTIFICIAL) COMO PRINCIPAL FUENTE NUTRITIVA	6
CALENDARIO ORIENTATIVO DE INCORPORACIÓN DE LOS ALIMENTOS	6
IMPORTANCIA DE UNA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA SALUDABLE	11
OBESIDAD INFANTIL	13
EL APETITO ES ERRÁTICO E IMPREDECIBLE, Y DEBE SER RESPETADO SIEMPRE	14
BABY LED WEANING VS PAPILLAS Y TRITURADOS	14
¿QUÉ ES EL BLW?	15
BIBLIOGRAFÍA	18

UNIDAD 8	ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA
OBJETIVO GENERAL	Adquirir hábitos saludables de alimentación desde la infancia como etapa de desarrollo más importante y momento de aprendizaje.
RESULTADOS DEL APRENDIZAJE	Que las mujeres y sus parejas o acompañantes puedan: • Adquirir información sobre alimentación complementaria saludable. • Adquirir habilidades para identificar errores en alimentación infantil. • Desarrollar actitudes para respetar las señales de hambre y saciedad de los niños y niñas, así como sus gustos y preferencias.
TIEMPO	90-120 minutos
MATERIALES	• Tríptico: Alimentación guiada por el bebé. Baby led weaning. • Guía “Acompañar las comidas de los niñas y niñas”. Agencia de Salud Pública de Cataluña.
DESARROLLO PRÁCTICO DE LA UNIDAD	• Actividad 8.1: ¿Realmente llevamos una dieta mediterránea? Revisar nuestro patrón alimentario. • Actividad 8.2 Errores en alimentación infantil.
MENSAJES CLAVE	• La alimentación complementaria es el proceso de incorporación de nuevos alimentos con un incremento progresivo en la variedad de texturas, sabores, aromas y aspectos, manteniendo la lactancia materna (o artificial) a demanda. Se debe iniciar a partir de los 6 meses. • Los alimentos se ofrecerán después de la leche materna o artificial hasta el año de vida. • Incorporamos los alimentos de uno en uno. Si el niño o la niña reacciona ante un nuevo alimento con diarrea severa, vómitos o erupciones, debemos contactar con el equipo de pediatría. • No debemos dejarlo/a nunca a solas mientras come. • A partir del año, la mayoría de los niños y las niñas pueden comer lo mismo que el resto de la familia. En este momento puede disminuir su apetito. • Un/a niño/a que mama a demanda no necesita la leche de vaca. • Evitar los zumos: caseros o no, se han asociado tanto a retrasos en el crecimiento durante la infancia como a obesidad en la edad adulta. • Los frutos secos enteros no deben darse hasta los 5 años. Se puede ofrecer triturados o en forma de cremas, como complemento. • Consumir al menos 5 raciones de frutas y verduras al día. Esta recomendación se alcanza “fácilmente” si se incluye una fruta en desayuno, media mañana y merienda y hortalizas en las comidas y cenas. • Llevar una alimentación saludable es importante desde un primer momento, pero a la vez es siempre corregible y no debemos generar problemas de control emocional por un estricto seguimiento de las recomendaciones. • Baby-led weaning (BLW) o alimentación autoregulada por el bebé. Al ofrecerle alimentos cortados en trocitos permitimos que puedan comer de forma autónoma.

INTRODUCCIÓN

La información aquí recogida es relativa a la infancia a partir de los 6 meses. Hasta ese momento, las recomendaciones nutricionales dicen que se debe proporcionar a los niños y las niñas exclusivamente leche, preferentemente materna.

QUÉ ES LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La alimentación complementaria es el proceso de incorporación de nuevos alimentos con un incremento progresivo en la variedad de texturas, sabores, aromas y aspectos, manteniendo la lactancia materna (o artificial) a demanda. Es también un proceso de educación alimentaria, donde la criatura se familiariza manipulando, probando, masticando y tragando otros alimentos diferentes a la leche para incorporarse al año a la alimentación familiar.

Se respetarán las señales de hambre y saciedad del niño o niña, así como sus gustos y preferencias.

Los alimentos se ofrecerán después de la leche materna o artificial hasta el año de vida.

POR QUÉ NO A LOS 4 MESES O A LOS 7 MESES

Las 3 características que muestran que un/a niño/a está listo/a para empezar a ingerir comida son:

- Se sienta (con apoyo) y mantiene la cabeza erguida.
- Coordina ojos, manos y boca para mirar el alimento, cogerlo y llevarlo a la boca.
- Puede tragar alimentos sólidos, es decir, no los empuja instintivamente hacia fuera con la lengua para evitar atragantarse (el llamado reflejo de extrusión).

La cuestión es que estos 3 signos raramente se dan a la vez antes de los 6 meses y a partir de entonces es más normal que aparezcan. Es por ello que se fija el sexto mes como el momento ideal para empezar a ofrecer comida.

No antes: La introducción de la alimentación complementaria antes de los 6 meses (especialmente de los 4 meses) puede generar problemas nutricionales como puede ser la interferencia con la biodisponibilidad de hierro y zinc de la leche materna, y un aumento de gastroenteritis agudas e infecciones respiratorias. Además, a largo plazo está asociado con un mayor riesgo de obesidad, eccema atópico y diabetes mellitus tipo 1.

Pero tampoco después: La introducción de la alimentación complementaria después de los 7 meses puede generar carencias nutricionales, mayor riesgo de alergias e intolerancias alimentarias y mayores posibilidades de alteración de las habilidades motoras.

LA LECHE MATERNA (O ARTIFICIAL) COMO PRINCIPAL FUENTE NUTRITIVA

Según las normas recomendadas para la Unión Europea sobre alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as, la leche materna debería seguir siendo la principal fuente nutritiva durante todo el primer año de vida.

Esto es perfectamente aplicable a los/as niños/as alimentados/as con leche artificial. Hasta esa edad es preferible la leche de inicio a la de continuación. La única ventaja que ofrece esta última es el precio y a cambio ofrece demasiadas proteínas.

Lo ideal es ofrecer primero la leche (materna o artificial) y después el resto de alimentos, que "complementan" a la leche. Es habitual pensar que la leche alimenta menos a nuestros/as hijos/as que lo que le damos dentro de una cuchara, cuando ocurre justo al revés:

	KCAL.	GR. DE GRASA
100 g. leche materna	70	4,4
100 g. potito de verduras con pollo	50	2,8
100 g. papilla de frutas	66	0,1

Tabla 7: Aporte graso y calórico de la leche materna versus otros alimentos.
Fuente: Adaptado de González C. Mi niño no me come (2009).

CALENDARIO ORIENTATIVO DE INCORPORACIÓN DE LOS ALIMENTOS

ALIMENTOS	0-6 MESES	6-12 MESES	12 MESES -4 AÑOS	≥4 AÑOS
Lecha materna				
Preparados para lactantes (en criaturas que no toman leche materna)				
Cereales integrales –pan, arroz, pasta, etc. (con o sin gluten)–, **frutas, hortalizas y verduras, legumbres, huevos, pescado, carne, aceite de oliva virgen, frutos secos (molidos o en polvo, o en crema)**. Se pueden ofrecer pequeñas cantidades de yogur sin azúcar y queso tierno a partir de los 9-10 meses.				
Leche entera, yogur natural sin azúcar y queso tierno (en más cantidad).				
Sólidos con riesgo de asfixia (frutos secos enteros, granos de uva, tomates cherri, cerezas enteras, trozos grandes de manzana o zanahoria cruda, palomitas, aceitunas, salchichas, caramelos, etc.				

Figura 8: Calendario orientativo de incorporación de los alimentos.
Fuente: La alimentación saludable de la primera infancia. Agencia de Salud Pública de Cataluña. (2022).

Más allá de las indicaciones recogidas en esta tabla, no importa el orden. Tampoco es necesario demorar la incorporación de alimentos potencialmente alergénicos. Lo verdaderamente relevante es la progresión, es decir, hacerlo poco a poco para comprobar la tolerancia del niño o de la niña.

Los alimentos los incorporamos de uno en uno. Si el niño o la niña reacciona ante la aparición de un nuevo alimento con síntomas como la diarrea severa, vómitos o erupciones, es recomendable contactar con el equipo de pediatría.

A partir del año, la mayoría de los niños y las niñas pueden comer lo mismo que el resto de la familia. Los esfuerzos principales se deben dirigir a ser capaces de ofrecerles alimentos saludables de forma atractiva y muy variada.

Vamos a detallar los principales grupos de alimentos:

ALIMENTOS A EVITAR

AZÚCARES

- Se deben de evitar de forma completa hasta los 12 meses y utilizar en cantidades mínimas a partir de ese momento.
- Se debe revisar el etiquetado de los alimentos proporcionados a los niños y niñas, muchos de ellos incluyen azúcar entre su composición. Es importante que, si se los damos, al menos seamos conscientes de ello.
- Es muy importante que los niños y niñas no tengan los productos azucarados como premios o recompensas.
- No se recomienda tampoco el uso de edulcorantes.

SAL

- Hasta los 2 años se recomienda evitar el consumo de sal.
- Entre 1 y 3 años, ofrecer como máximo 2g al día. A partir de los 3 años se recomienda una cantidad igual a los adultos, 5 g al día.
- Para calcular estas cantidades se debe observar tanto la sal añadida a los propios cocinados como la que se incluye en los alimentos enlatados y preparados. Los alimentos precocinados tienen unas cantidades de sal muy elevadas por eso se recomienda siempre consumir enlatados bajos en sal y de forma esporádica. Atención especial en la infancia merecen las aceitunas, encurtidos que nutricionalmente son adecuados salvo por un consumo excesivo de sal.
- Las comidas fuera de casa tienen también elevados niveles de sal.
- En caso de que se utilice sal para cocinar, esta debe ser yodada.

ALIMENTOS PROCESADOS Y ULTRAPROCESADOS

Por su alto contenido en sal, grasas saturadas y trans, y azúcares.

LÁCTEOS

- Un/a niño/a que mama a demanda no necesita ingerir leche de vaca.
- Debemos evitar la leche de vaca y sus derivados hasta el año. A partir de ese momento se recomienda un máximo de 3 raciones al día. La recomendación es sustituir la leche artificial por leche de vaca entera y dejar el biberón, que aumenta el riesgo de padecer caries y obesidad, y sustituirlo por un vaso.

- Dentro de los yogures o derivados, el consumo debe ser siempre natural y sin azúcar. Si se desea se puede añadir fruta fresca. El yogur natural y el queso fresco bajo en sal se pueden incorporar en pequeñas cantidades a partir de los 9-10 meses, y en mayor cantidad a partir de los 12 meses.
- Se debe evitar la leche cruda. Los quesos deben de ser pasteurizados.
- Hay que evitar el consumo de desnatados.

ARROZ INTEGRAL

Es preferible que el arroz sea blanco hasta los 3 años por la presencia de arsénico. Del mismo modo, debe evitarse el consumo habitual de productos a base de arroz (papillas, tortitas, bebidas vegetales, entre otros).

ZUMOS

Sean o no caseros. Se han asociado tanto a retrasos en el crecimiento durante la infancia como a obesidad ya en la edad adulta. Tomarlos a menudo, sobre todo en biberón, provoca caries en los/as niños/as.

BEBIDAS ENERGÉTICAS Y OTROS REFRESCOS

Los refrescos con azúcar no son recomendables en ninguna etapa de la vida. Tampoco aquellas bebidas comercializadas sin azúcar (zerozero).

MIEL

Está prohibida antes del año por el riesgo de desarrollar botulismo, al igual que sucede con las infusiones. En España es bastante habitual tratar los cólicos intestinales de los lactantes con infusiones. Una práctica carente de sentido y arriesgada.

CUALQUIER ALIMENTO CON DUREZA

Que pueda producir atragantamientos (palomitas, pipas, frutos secos, caramelos, uvas enteras, cerezas, aceitunas, aperitivos tipo patatas chips y palomitas, salchichas...). Los frutos secos enteros no deben ofrecerse hasta los 5 años. Se pueden dar triturados o en forma de cremas, como complemento a lácteos, ensaladas, etc.

PEZ ESPADA, TIBURÓN, LUCIO, ATÚN ROJO, CONSERVAS DE ATÚN

Hasta los 10 años es mejor que no los tomen ya que acumulan una alta cantidad de mercurio, cuyo exceso puede provocar alteraciones en el desarrollo neuronal de los niños y las niñas.

CARNE PROCEDENTE DE ANIMALES CAZADOS CON MUNICIÓN DE PLOMO

Los niños y niñas menores de 6 años no deberían consumirla.

PLATOS DE ESPINACAS, ACELGAS, APIO, LECHUGA Y REMOLACHA

Contienen nitratos que incrementan el riesgo de padecer metahemoglobinemia. No deben consumirlos antes del primer año de vida. Entre 1-3 años es aconsejable no ofrecerles más de un plato al día.

CABEZA DE MARISCO Y CUERPO DE CANGREJO O CRUSTÁCEOS SIMILARES

Presentan una notable cantidad de cadmio, cuya alta ingesta puede causar disfunción renal y desmineralización de los huesos, entre otros desórdenes.

ALIMENTOS A PRIORIZAR

CEREALES

- Con algunos de ellos elaboramos productos como el pan o la pasta, que gustan mucho a los niños y niñas de todas las edades.
- Existe una falsa creencia de que es imprescindible incluir cereales en la dieta de los niños y las niñas mezclada con la leche. Sin embargo, esto no es así. Es recomendable que se acostumbren a los sabores de los cereales y de la leche de forma independiente. En caso de utilizarlos se debe evitar aquellos que presentan azúcares en su composición.
- Cada familia debe de adaptarse a sus propios consumos asegurando que los niños y niñas ingieran ciertas cantidades provenientes de cereales integrales (pasta, el pan, quinoa, avena, patata o boniato entre muchas otras opciones).
- Los cereales que contienen una proteína llamada gluten (avena, cebada, centeno y trigo, principalmente) pueden incorporarse desde el principio de la alimentación complementaria.

FRUTAS Y HORTALIZAS

- Consumo libre. Se recomienda consumir fruta fresca entera, muy variada, así como verduras de diferentes colores. Los colores de las verduras determinan sus principales aportes nutricionales.
- La fruta es el elemento ideal para consumir entre las principales comidas si los niños y niñas tienen hambre, así como para completar las comidas principales.
- Es recomendable consumir fruta de temporada, porque así se varían los nutrientes de una forma saludable a lo largo del año y se contribuye a un comercio sostenible.

ACEITE

Preferiblemente de oliva virgen.

AGUA

El agua del grifo es la bebida de elección. Es apta y saludable y evita la utilización de envases de un solo uso. Si el lactante toma toda la leche que quiere, posiblemente no tendrá necesidad de tomar mucha agua.

ALIMENTOS PROTEICOS

- Se debe procurar no dar más cantidad de la recomendada.
- La cantidad recomendada es diaria. No todas las comidas deben incluir proteínas si ya se ha consumido en otro momento.
- Dentro de este grupo encontramos las legumbres, los frutos secos, las carnes, los pescados y los huevos.
- Se deben de ofrecer todas las alternativas proteicas posibles. Cada una en unas medidas concretas que no superen la capacidad del riñón de procesar dichos nutrientes.

LEGUMBRES

- Al menos 4 raciones a la semana (incluso se pueden consumir de forma diaria). La ración habitual ronda los 50-60 gramos en seco o 170 gramos ya preparado. Es adecuado realizarlos de forma estofada o cocida sin aditivos grasos (no echar chorizo y otros componentes).
- Si se eligen variedades en conserva procurar que tengan escaso contenido en sal.
- Procurar su cocinado con otros vegetales para no duplicar la ración proteica.

CARNE

- Mejor carne blanca (ave y conejo), cantidades máximas de 3 raciones a la semana (una ración equivale a 100-125 gramos).

PESCADO

- Al menos 3 raciones a la semana, alternando pescado blanco y azul.
- Preferentemente de pesca local y sostenible.
- Se puede consumir pescado congelado y enlatado siempre valorando su composición nutricional (bajo en sal, menores grasas, origen)

HUEVOS

- Máximo 4 raciones a la semana.

IMPORTANCIA DE UNA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA SALUDABLE

Hoy en día es complejo saber que es lo más adecuado para nuestros hijos e hijas. La gran cantidad de información a la que tenemos acceso dificulta enormemente esta tarea. Se debe recurrir a guías de sociedades científicas y avaladas por organismos sanitarios de reconocido prestigio y tener cuidado con las redes sociales. En ellas existen divulgadores muy interesantes, pero se debe evitar creer cualquier información que llegue por esa vía sin un contraste adecuado.

Llevar una alimentación saludable es importante desde un primer momento, pero a la vez es siempre corregible y no debemos generar problemas de control emocional por un estricto seguimiento de las recomendaciones. Equilibrio, constancia y capacidad de adaptación son las claves para esta etapa.

Alimentación saludable

Es aquella que permite cubrir las necesidades nutricionales de la población general promoviendo un estado de salud óptimo con los consiguientes ajustes que se deben realizar en base a la edad.

La evidencia científica ha demostrado que una alimentación saludable es la mejor herramienta para evitar enfermedades en la edad adulta. Es importante comenzar con ella a edades muy tempranas por dos motivos:

1. La infancia es la etapa de desarrollo más importante, en la que un mayor número de células se replican y por tanto todas las modificaciones que pueda haber condicionan altamente el desarrollo posterior.
2. También es un momento de aprendizaje. Todas las conductas iniciadas en este momento serán replicadas de una manera más efectiva en el futuro.

Sobre todo, en edades tempranas es recomendable que haya una ingesta de acuerdo a las necesidades de los niños y niñas, es decir, que las cantidades las regulen ellos y ellas de manera autónoma. Existen muchas diferencias entre la cantidad que puede consumir un/a niño/a frente a otro/a de su misma edad en base a su constitución, su sexo, su actividad diaria, sus ritmos de sueño, etc. Además, en las diferentes etapas del crecimiento existen momentos con variabilidad en la demanda de alimentos. Por todo ello, se debe dejar a los niños y las niñas consumir en cantidades libres.

Será importante respetar el apetito del niño o niña, sus señales de hambre y de saciedad, y nunca forzar la ingesta. Así como evitar el uso de pantallas durante las comidas. Todo ello contribuirá a prevenir la obesidad a lo largo de la vida.

Una alimentación saludable se acerca a las recomendaciones de la dieta mediterránea.

Se basa en el consumo mayoritario de alimentos de origen vegetal, frescos y mínimamente procesados, como frutas y hortalizas, legumbres, frutos secos, cereales integrales, aceite de oliva virgen y, en menor cantidad y frecuencia, huevos, pescado, leche, yogur y carnes. Estas últimas preferentemente blancas.

En España, con el paso de los años se han perdido algunas de las claves de la dieta mediterránea.

A Actividad 8.1: ¿REALMENTE LLEVAMOS UNA DIETA MEDITERRÁNEA? REVISAR NUESTRO PATRÓN ALIMENTARIO

Una forma sencilla de llevar a cabo este tipo de alimentación es seguir el ***Plato Saludable*** que proponemos desde la Consejería de Salud del Principado de Asturias.



Figura 9: El plato saludable.
Fuente: Consejería de Salud del Principado de Asturias (2023)

Este plato se puede utilizar para guiar la composición nutricional de nuestras comidas, tanto para niños y niñas como para adultos.

Se debe hacer hincapié en los vegetales y frutas. No supondría ningún problema si estos superan la cantidad indicada.

El Plato Saludable sirve para evitar ingestas elevadas de proteínas y cereales, así como de otros alimentos no saludables.

OBESIDAD INFANTIL

Este tema es especialmente importante, pues España tiene una de las tasas de obesidad y de sobrepeso infantil más elevadas de Europa. Casi la mitad de los niños y niñas están por encima de su peso saludable: un 26% con sobrepeso y un 18% con obesidad. Estos datos son preocupantes, y Asturias está a la cabeza de España.

Una de las cuestiones que debemos revisar en nuestro día a día como padres y madres es si los hábitos que tenemos inherentes son realmente saludables.

A Actividad 8.2: ERRORES EN ALIMENTACIÓN INFANTIL

El desayuno es una de las comidas más importantes del día, es la comida encargada de romper el ayuno nocturno de modo que se absorben todos sus nutrientes. Ha sido utilizada por la industria alimentaria durante años como ejemplo de niños y niñas que crecen fuertes y saludables, llenando las cajas y etiquetas de símbolos, dibujos y colores. En los últimos años se está comenzando a legislar al respecto, pero estamos muy lejos de otros países dónde este tipo de etiquetado se ha prohibido.

No podemos olvidarnos que las galletas y los cereales solubles son ultraprocesados que presentan elevadas cantidades de grasas trans. Los cacaos en polvo, muy habituales a la hora del desayuno, tienen unas concentraciones de azúcares elevadas. Es recomendable acostumbrar a los niños y las niñas a consumir cacao puro 100 % o a la leche sin ningún tipo de aditivo.

Es importante introducir a los niños y niñas variedades importantes de frutas y verduras a edades tempranas. El gusto por los diferentes sabores se forja desde temprana edad y si se acostumbra el paladar a estos sabores, será mayor su consumo a lo largo de la vida.

Un fallo habitual es que, cuando salen del colegio, se les ofrezcan alimentos muy calóricos y con poco valor nutricional. Por el contrario, se deben ofrecer alimentos saludables como fruta fresca ya que al ser un momento en el que tienen hambre es más fácil que sean consumidos. En caso de querer dar un bocadillo, mejor de pan integral y con componentes como hummus, tomate, aguacate, tortilla, pollo o queso fresco.

En la prevención de la obesidad y el sobrepeso no hay nada mejor que dar ejemplo. Si nos ven consumir alimentos saludables y no tienen acceso habitual a ultraprocesados o alimentos azucarados, su consumo se reducirá drásticamente. Nosotros podemos elegir qué alimentos ofrecemos, pero serán los niños y niñas quienes decidirán si lo comen o no, y cuánta cantidad.

Todas estas recomendaciones nutricionales deben de estar acompañadas de ejercicio físico adecuado a cada edad.

EL APETITO ES ERRÁTICO E IMPREDECIBLE, Y DEBE SER RESPETADO SIEMPRE

Algo que suele suceder a partir del año de vida es la disminución del apetito de los niños y las niñas. Es normal. Un/a niño/a de un mes dedica el 35% de las calorías que toma para crecer, porque tiene que triplicar en un año el peso que tenía cuando nació. Sin embargo, ese/a mismo/a niño/a, al cumplir un año, solo destina un 3% de las calorías que toma para crecer. Dicho porcentaje basta para el crecimiento lento que se produce a partir de entonces.

La preocupación de los padres y las madres al ver que su hijo o hija cada vez come menos es comprensible, pero está injustificada. Los y las profesionales deberíamos tranquilizar a las familias y trasladarles que lo que pasa es correcto e incluso deseable. El sabio mecanismo de "hambre-saciedad" se ha adaptado, con la precisión de un reloj, al lento desarrollo de nuestros hijos e hijas.

Es necesario tener flexibilidad. Si nuestro hijo o hija no tiene hambre, en principio entenderemos que no necesita más alimento. Si su falta de apetito se une a otros síntomas (retrasos en el crecimiento, fatiga, apatía, mareos y mucosas y piel pálidas) hay que consultar al equipo de pediatría.

BABY LED WEANING VS PAPILLAS Y TRITURADOS

Llegado el momento de iniciar la alimentación complementaria, las personas adultas que tenemos a nuestro cargo un/a niño/a podemos optar por 2 posibilidades:

- La primera es darle nosotros de comer porque si come solo se mancha, porque como poco o lo hace mal. Esto es lo que sucede con los triturados, potitos o papillas.

  A favor del triturado está que contiene los alimentos que queremos. En contra, que puedo verme tentado para presionar al niño o niña para que se lo acabe, que los niños y niñas suelen preferir comer lo que comemos los mayores, y que, si quiero que mi hijo o hija acabe comiendo comida y no papillas, mejor será que empiece a ofrecérsela en su formato original. Además, cuando comen una papilla no identifican su contenido, lo que impide que descubran y reconozcan por su forma nuevos alimentos.

- La segunda posibilidad es dejar que sea autónomo y ayudarle cuando lo pida. Esto es lo que sucede con la alimentación responsiva: ante una oferta alimentaria variada, saludable y sostenible, las criaturas pueden seleccionar lo que más les guste y escoger una cantidad que se adecue a la sensación de hambre y saciedad. El Baby-led weaning (BLW) o alimentación autoregulada por el bebé, es un modelo incluido dentro de lo que se conoce como alimentación responsiva. Al ofrecerle alimentos cortados en trocitos permitimos que puedan comer de forma autónoma.

Independientemente de la metodología elegida será fundamental:

- Respetar el apetito del niño o niña.
- Minimizar las distracciones como el uso de pantallas durante las comidas.
- Evitar utilizar los alimentos como castigo o recompensa.

¿QUÉ ES EL BLW?

Es una forma de ofrecer la alimentación complementaria en la que al bebé se le permite "dirigir" el proceso desde el principio. Los progenitores deciden qué ofrecen, pero el niño o la niña coge por sí mismo/a la comida que se pone a su alcance; decidiendo qué come y cuánta cantidad.

- Es responsabilidad de la persona adulta escoger qué alimento presentamos, cómo lo presentamos y en qué momento del día lo ofrecemos.
- Es responsabilidad del niño o de la niña decidir si quiere comer y cuánto quiere comer.

¿CÓMO SABER SI MI HIJO/A ESTÁ PREPARADO/A?

Como ya comentamos al hablar de la alimentación complementaria, se considera que un/a niño/a está preparado/a cuando adquiere las destrezas psicomotoras que permiten manejar y tragar de forma segura los alimentos. Como cualquier otro hito del desarrollo, no todos los niños y niñas lo van a adquirir al mismo tiempo, aunque en general estos cambios suelen ocurrir en torno al sexto mes.

Se requiere:

- Presentar un interés activo por la comida.
- La desaparición del reflejo de extrusión (expulsión de alimentos no líquidos con la lengua).
- Ser capaz de coger la comida con la mano y llevarla a la boca.
- Mantener la postura de sedestación con apoyo.

Hacia los 6 meses, la mayoría de los niños y las niñas ya se mantienen sentados/as y pueden coger objetos con la mano y llevárselos a la boca. Sobre esa edad, muchos/as también pueden aplastar con labios y encías los alimentos blandos y tragarlos.

Si les da una arcada, el alimento regresa a la parte anterior de la boca y lo vuelven a aplastar hasta que ya pueden tragarlo.

¿CÓMO SE PONE EN PRÁCTICA?

- El niño o la niña se sienta a la mesa con la familia en las comidas.
- Se le ofrece la misma comida (sana) que al resto, en trozos de consistencia blanda y apropiados a su desarrollo psicomotor (grandes al principio, posteriormente pequeños).
- El niño o la niña se alimenta por sí solo/a desde el principio; al comienzo con las manos y posteriormente con cubiertos.
- A partir del momento en que se inicia el BLW el aporte de leche (materna o artificial) continúa siendo a demanda, sin relación con los momentos familiares de la comida.

VENTAJAS

- Comodidad: el niño o la niña come alimentos que ya hay en la mesa. No hace falta comprar otros, ni guisarlos de modo especial. Come al mismo tiempo que la familia.
- Se va acostumbrando a las comidas de su casa, de su cultura. Los/as niños/as tienen mucho interés por la comida del plato de su madre/padre/familiar. Así suele ser más fácil.
- El niño o la niña come a su ritmo, según adquiere habilidades. Nunca se le fuerza. Esto disminuye muchos conflictos familiares.
- Se evita el paso intermedio de papillas y purés (aunque no es incompatible) y una nueva transición cuando ya toque pasar a la comida casera.

INCONVENIENTES

- **Atragantamientos:** Siguiendo unas normas básicas de seguridad, no hay diferencias en el riesgo de atragantamiento. A todas las familias, independientemente del método utilizado, se les debe educar en la prevención de atragantamientos.

  Normas de seguridad:

  — Para comer el niño o la niña debe estar erguido/a, nunca recostado/a. Debe estar sentado/a en una trona o en su defecto en el regazo de su cuidador/a.

  — Nunca se puede dejar a un/a niño/a que está comiendo sin supervisión.

  — No se deben ofrecer comidas con alto riesgo de atragantamiento, como frutos secos enteros, palomitas de maíz, uvas enteras, salchichas cortadas transversalmente, etc. También hay que evitar algunos vegetales y frutas duros, como la manzana y la zanahoria crudas.

- **Comida insana o poco variada:** Se ha postulado que, al compartir la mesa familiar, los lactantes puedan estar expuestos a una dieta poco sana. Independientemente del método utilizado, la presencia de alimentos poco sanos en el hogar predispone a su consumo por los niños y niñas. Hay familias que aprovechan el momento de la introducción de la alimentación complementaria para revisar la alimentación y mejorarla.

- **Difícil delegar** en otras personas (familia, cuidadores de escuelas infantiles...).

- **Suciedad**: Nuestro/a hijo/a se manchará mucho y ensuciará la cocina. Debemos teber paciencia y ser conscientes que puede ser difícil de llevar a cabo en un restaurante.

- **El hierro:** Una preocupación es la ingesta de hierro. Hay trabajos que no encuentran diferencias en la ingesta de hierro cuando se instruye a los padres en su importancia y en ofrecer diariamente comidas ricas en hierro: carne cocida en tiras o picada en forma de hamburguesas, bolas o palitos, yema de huevo, tortas de lentejas o judías blancas cocidas, palitos de tofu, hummus...

  Deberíamos ofrecer un alimento rico en hierro, un alimento energético y una fruta o verdura en cada comida.

¿QUÉ PUEDO HACER PARA EVITAR QUE SE ATRAGANTE?

Se atragantará, casi con total seguridad. Lo mismo que cuando empiece a caminar, se caerá y se volverá a levantar.

Una cosa es atragantarse y otra ahogarse. Todos nos atragantamos de vez en cuando; los niños y niñas están aprendiendo a comer y se atragantan más. Simplemente hacen un esfuerzo, o tosen, o carraspean, o hacen ruidos extraños y se acaban de tragar el trozo, o lo echan, o lo echan y luego se lo vuelven a tragar. A esta edad, normalmente se atragantan y se quedan tan tranquilos/as y siguen comiendo. Lo intentan una y otra vez, no se asustan, no se rinden.

Ahogarse, en cambio, significa que la comida se va hacia la vía aérea. Eso ocurre casi exclusivamente con alimentos duros y redondeados: cacahuetes, avellanas, pipas, almendras, caramelos... al irlos a morder pueden salir disparados y meterse en la tráquea. Algunos alimentos especialmente duros, como zanahorias crudas pueden dar problemas porque se parten en trocitos pequeños y duros. La zanahoria se puede hervir, la manzana se puede rayar, o cortar en láminas o asar.

SUGERENCIAS PARA QUE TU HIJO O HIJA DISFRUTE MIENTRAS EXPLORA SU AUTONOMÍA

- Verduras hervidas (blanditas): brócoli, judía verde, zanahoria...
- Albóndigas (con un poquito de carne o a base de patata con judías blancas, o de zanahoria con pescado...).
- Croquetas de carne, pescado, legumbres o verduras (podemos hacer la bechamel con un caldo, con leche materna o con leche artificial).
- Trocitos de pescado rebozado (mejor casero, su cantidad de sal será menor).
- Legumbres bien cocinadas.
- Hummus (puré de garbanzos).
- Tartaletas rellenas (de puré de patata y lentejas, por ejemplo).
- Tempura vegetal.
- Una tostadita (de pan con o sin gluten) untada con tomate maduro, como una minipizza casera (con aceite de oliva en vez de queso).
- Pasta italiana con un poquito de carne o de soja texturizada.
- Tortitas caseras de arroz.
- Fruta “a la romana” rebozada.
- Macedonia con trocitos que puedan coger con sus manos.
- Un bol con trocitos de aguacate maduro.

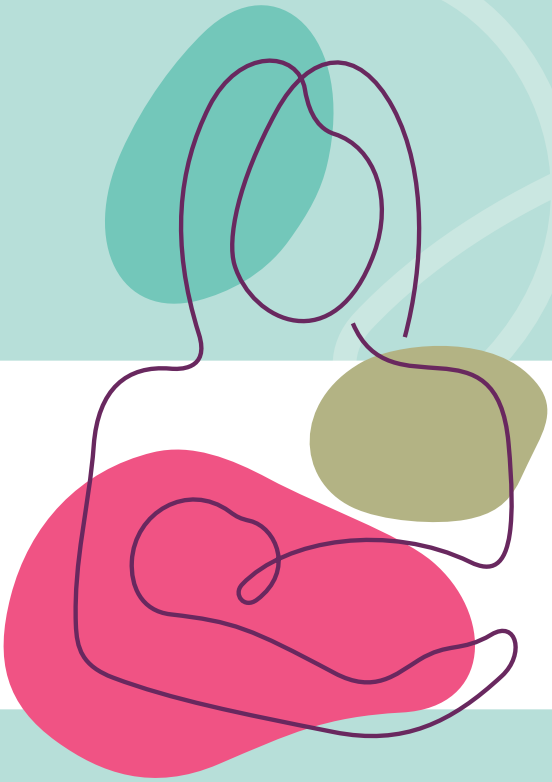
PARA MÁS INFORMACIÓN PUEDEN CONSULTAR LA GUÍA “ACOMPAÑAR LAS COMIDAS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS” DE LA AGENCIA DE SALUD PÚBLICA DE CATALUÑA.

BIBLIOGRAFÍA

- Chatterjee P, Nirgude A. (2024) A Systematic Review of School-Based Nutrition Interventions for Promoting Healthy Dietary Practices and Lifestyle Among School Children and Adolescents. Cureus. 28; 16(1):e53127.
- WHO (2023).Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age [Internet]. Geneva: World Health Organization; PMID: 37871145.
- Agència de Salut Pública de Catalunya. (2022) La alimentación saludable en la primera infancia. Generalitat de Catalunya.
- Arias-Ramos, N., Andina Díaz, E., Granado-Soto, M., Álvarez Rodríguez, R., & Liébana-Presa, C. (2022). Baby-led weaning: Healthprofessionals 'knowledge and attitudes and parents´ experiencesfromSpain. A mixedmethodsapproach. HealthSocCareCommunity, e1352–e1363.
- Manera Bassols, M., & Salvador Castell, G. (2022). La alimentación saludable en la primera infancia. Barcelona: Agencia de Salud Pública de Catalunya.
- Boswell, N. (2021). ComplementaryFeedingMethods—A Review of theBenefits and Risks. Int. J. Environ. Res. PublicHealth.
- Sánchez González, M (2021). Baby led weaning, ¿seguro y eficaz? Una revisión narrativa. RevPediatr Aten Primaria, 23:e163-e171.
- Martínez, O. G. (2021). Baby – Led Weaning (BLW) y Baby – Led Introduction to Solids (BLISS): nuevos enfoques de la alimentación complementaria. Una revisión. Universidad de les Islas Baleares.
- De León, C., &Bove, M. (2019). Los primeros olores de la cocina de mi casa. UNICEF Uruguay.
- Gómez Fernández-Vegue M (2018) Recomendaciones de la asociación española de pediatría sobre la alimentación complementaria. AEP.
- Tarbal, A.(2016) Guía para una alimentación infantil saludable y equilibrada. Resolviendo dudas, rompiendo mitos y aclarando conceptos. Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu (ed).
- Basulto,J (2014) Se me hace bola: Cuando no comen como queremos que coman. Debolsillo
- https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/seguridad_alimentaria/ampliacion/arsenico.htm https://doi.org/10.1016/j.jfca.2016.09.007
- https://www.dsca.gob.es/es/consumo/informacion-persona-consumidora/recomendacionesalimentarias/recomendaciones-consumo-presencia-nitratos-hortalizas

9

ACTIVIDADES



GUÍA PROFESIONAL

PARA LA EDUCACIÓN PARENTAL DURANTE

EL POSPARTO

9

ACTIVIDADES

Índice

ACTIVIDAD 1.1	4
ACTIVIDAD 1.2	5
ACTIVIDAD 1.3	6
ACTIVIDAD 2.1	9
ACTIVIDAD 2.2	10
ACTIVIDAD 2.3	11
ACTIVIDAD 2.4	12
ACTIVIDAD 3.1	13
ACTIVIDAD 3.2	15
ACTIVIDAD 4.1	16
ACTIVIDAD 4.2	17
ACTIVIDAD 4.3	18
ACTIVIDAD 5.1	20
ACTIVIDAD 6.1	21
ACTIVIDAD 6.2	22
ACTIVIDAD 6.3	23
ACTIVIDAD 7.1	24
ACTIVIDAD 8.1	25
ACTIVIDAD 8.2	27

1.1

ACTIVIDAD

EJERCICIO DE CONCIENCIACIÓN POSTURAL

- TRABAJO INDIVIDUAL / 10 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Incidir en la higiene postural tras el parto.
- **MATERIALES:** No son necesarios, más allá de la presencia de los/as niños/as. En su ausencia, se puede entrenar la postura con ayuda de un muñeco.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

El puerperio es un periodo de cambios y readaptación en el que las estructuras músculo-esqueléticas continuarán vulnerables. Además, se instauran nuevos hábitos asociados al cuidado de la criatura recién nacida.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- Las mujeres se pondrán de pie y cogerán a su hijo o hija en brazos.
- Las ayudaremos repitiendo la información teórica de la postura correcta: al cargar al bebé, la mujer debe procurar que la espalda se mantenga neutra, con el mentón ligeramente metido y los hombros hacia atrás, manteniendo la cabeza erguida como si una cuerda tirase de la coronilla al techo. Será importante evitar la báscula pélvica en retroversión que anula la activación de nuestro abdomen y llevar el peso del bebé cerca del cuerpo.
- A continuación, haremos lo mismo con la postura para alimentar el bebé: las mujeres se sentarán en una silla con respaldo firme, evitarán inclinarse hacia adelante para sujetar al bebé. Colocarán los pies en el suelo o sobre un pequeño reposapiés para mantener las piernas relajadas.

  Se pueden ayudar colocando un cojín bajo su bebé para elevarlo/a a la altura del pecho, evitando cargar todo el peso en los brazos.

  El niño o la niña deberá estar colocado/a de manera que mantenga la cabeza, el cuello y el cuerpo en línea recta, frente al pecho materno. Si es necesario, se puede usar un cojín lumbar para mayor soporte.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Las mujeres afrontan los primeros momentos del cuidado de su hijo o hija con un complejo abdomino-lumbo-pélvico-perineal en estado de gran debilidad. Mientras recuperan fuerza y tono, deben cuidar especialmente la postura.

1.2

ACTIVIDAD

TRABAJO DEL TRANSVERSO CON RESPIRACIÓN ABDOMINAL

- TRABAJO INDIVIDUAL / 10 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Trabajar el transverso del abdomen mediante la respiración abdominal para fortalecer el core, mejorar la estabilidad y la postura.
- **MATERIALES:** Colchonetas.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

El músculo transverso es uno de los músculos más profundos del abdomen y juega un papel crucial en la estabilidad del tronco y la postura. Durante el embarazo sufre una importante distensión que lo dejará debilitado llegado el posparto.

Trabajar el transverso del abdomen mediante la respiración abdominal es una técnica efectiva y segura para fortalecerlo y mejorar la estabilidad del core o núcleo.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- Le pediremos a las mujeres que cojan aire por la nariz lentamente y lo suelten por la boca despacio, mientras que meten la tripa desde el pubis hasta el ombligo, como si se cerrase una cremallera y se quisiera llevar el ombligo hacia la espalda. La contracción durará tanto como se tarde en echar el aire lentamente. Cuando se contrae el transverso lo hace de forma refleja también el suelo pélvico, favoreciendo el ascenso de esa musculatura.
- Lo ideal es repetir unas 10 veces el ejercicio en diferentes posturas: tumbada boca arriba, tumbada sobre el lado derecho e izquierdo, en cuadrupedia, sentada y de pie.
- Es importante trabajar siempre en postura de auto-elongación (a la vez que crece, la mujer empuja el mentón ligeramente hacia atrás) y con la pelvis neutra.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Incorporar estos ejercicios en su rutina diaria puede proporcionar numerosos beneficios para la salud y la recuperación de la mujer durante el puerperio.

1.3

ACTIVIDAD

DANZA ORIENTAL CON EL BEBÉ

- TRABAJO GRUPAL / 30 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Trabajar la recuperación física y la continuidad de la diada madre-bebé en el posparto.
- **MATERIALES:** Portabebés ergonómico / Música rítmica / Pañuelos de gran tamaño.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

La danza del vientre en el posparto está diseñada para ayudar a las nuevas madres a recuperar su fuerza y flexibilidad, mejorar su bienestar emocional y físico, y disfrutar de un tiempo especial con su hijo o hija.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Debemos poner énfasis en básculas pélvicas, estiramientos suaves para contrarrestar malas posturas en los inicios de la crianza y en la experiencia en pareja con el niño o la niña.

Debemos tener cuidado con la intensidad y la amplitud de movimientos. Serán necesarias traslaciones y transiciones más suaves por la hiperelasticidad inducida por las hormonas del posparto.

PRÁCTICA 1 : ENRAIZAMIENTO

Ejercicio de preparación para la sesión de danza oriental.

- **Objetivo general:** relajar y focalizar la propiocepción en la base de la posición: los pies y la presencia corporal, mediante la elongación del cuerpo y corrección de la posición.
- **Objetivo específico:** a nivel físico, este ejercicio supondrá el punto de partida para asegurar la realización de los movimientos de forma correcta. A nivel emocional, pediremos a la mujer que dirija la mente hacia la atención plena y una autoestima adecuada, base para optimizar el rendimiento de la sesión.

INDICACIONES:

— Pies paralelos al suelo. Apoya bien los talones.
— Balancéate un poco hasta notar que te apoyas en el centro de los talones.
— Líneas externas apoyadas en el suelo, líneas internas arqueadas.
— Sensación de estar descalzo como algo natural.
— Apoya bien el dedo gordo, separa el resto.
— Rodillas relajadas.
— Notas el peso bien apoyado en las plantas de los pies.
— Pelvis en posición neutra, la zona lumbar se alarga.
— Sientes la parte inferior bien enraizada.
— Pecho: cuando inspiras se alarga el espacio desde el pubis al esternón, más espacio para el niño o la niña.
— Hombros atrás, cabeza erguida.
— Sé consciente de tu respiración: te dejas inspirar, y espiras de nuevo a la tierra.

ACTIVIDAD 1.3

PRÁCTICA 2 : **EL PASILLO**

- **Objetivo general:** promover la diversión.
- **Objetivos específicos:** perder el miedo a la exposición al grupo, promover la cohesión del grupo.

Esta dinámica resulta más productiva si se trabaja con música con ritmo marcado y alegre. Los participantes se colocan en dos filas mirando una hacia la otra, dejando un espacio, como un pasillo, en medio. Una participante de uno de los extremos (el que se elija como cabecera del pasillo) sale a bailar avanzando por el medio del pasillo mientras las demás la animan. Cuando termina, se coloca al final en una de las dos filas y sale la mujer que está en la cabecera contraria.

PRÁCTICA 3 : **CAMINATA DE LA REINA**

- **Objetivo general:** trabajar la introspección personal.
- **Objetivos específicos:** desarrollar la fluidez, mejorar la autoestima, trabajar la postura corporal y el equilibrio.

Para esta práctica hay que usar una música lenta y profunda. Se comienza explicando la postura que será la base de nuestra caminata: pies bien apoyados, movimiento fluido, correcciones corporales aplicadas (rodillas, pelvis, elongación), sensación de enraizamiento en la tierra y de presencia. En un extremo de la clase, salen caminando las participantes de una en una, pidiéndoles que encuentren cierta fluidez según vaya avanzando el ejercicio. Hacen falta varias caminatas a lo largo de la clase para conseguir el objetivo.

PRÁCTICA 4 : **EL ESPEJO**

- **Objetivo general:** trabajar la conciencia corporal a través de la imitación.
- **Objetivo específico:** encontrar la fluidez en un movimiento grupal.

Una de las participantes comienza con un movimiento ya aprendido, y la otra, situada enfrente, lo imita. Luego lidera la que había imitado previamente, y se van cambiando los papeles con distintos movimientos.

ACTIVIDAD 1.3

PRÁCTICA 5 : **TELÉFONO ESCACHARRADO**

- **Objetivo general:** trabajar la conciencia corporal a través del tacto.
- **Objetivo específico:** encontrar la fluidez en un movimiento grupal.

Las participantes de colocan en una fila india, cada una con sus manos en las caderas de la mujer que está situada delante de ella. La primera de la fila empieza a hacer un movimiento que irá transmitiendo hacia atrás hasta llegar a la última. Al finalizar, contrastamos qué movimiento es el que ha "llegado".

PRÁCTICA 6 : **LOS PAÑUELOS**

- **Objetivo general:** promover la positividad, a través de la energía grupal.
- **Objetivo específico:** trabajar la coordinación, la fluidez y la feminidad.

En corro, jugamos con los pañuelos haciendo diferentes movimientos. El mejor material es la seda, ya que da un movimiento inigualable con respecto al que se obtiene con otros textiles.

Si se puede, hacer el juego con luz indirecta, creando una atmósfera mística que contribuye a mover emociones y a disfrutar más de la experiencia.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

La danza del vientre es una actividad maravillosa para las nuevas madres, proporcionando beneficios físicos y emocionales. Les permitirá disfrutar de cada movimiento, creando un momento especial de vínculo y ocio.

2.1

ACTIVIDAD

REPRESENTACIÓN DE LA MATERNIDAD EN LAS REDES SOCIALES

- TRABAJO GRUPAL / 20 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Analizar cómo se representa la maternidad en las redes sociales y reflexionar sobre el impacto de estas representaciones en la percepción de la maternidad y el bienestar de las mujeres puérperas.
- **MATERIALES:** Dispositivos con acceso a internet (teléfonos, tablets, computadoras) / Hojas de papel y bolígrafos.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

La imagen social idealizada del posparto puede tener un impacto negativo en la mujer durante el puerperio. La realidad de los cambios físicos, como la distensión abdominal o el cansancio acumulado tras el parto, no se muestran en estos ámbitos.

El uso de las redes sociales se relaciona con insatisfacción con la imagen corporal posparto. Así mismo condiciona los comportamientos en salud, como la alimentación y el ejercicio físico.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- Cada participante buscará en sus redes sociales (Instagram, Facebook, TikTok, etc.) publicaciones relacionadas con la maternidad.
- Se les pedirá que seleccionen 1 publicación que les llame la atención.
- Cada participante anotará en una hoja de papel las características de la publicación seleccionada (tipo de contenido, mensajes, imágenes, comentarios, etc.).
- Finalmente discutirán de manera conjunta sobre las siguientes preguntas:
  - ¿Qué tipo de maternidad se representa en vuestras publicaciones?
  - ¿Cómo os sentís al ver estas representaciones?
  - ¿Creéis que estas representaciones son realistas?
  - ¿Qué impacto creéis que tienen en las madres y en la sociedad en general?
  - ¿Qué aspectos positivos y negativos habéis identificado en las representaciones de la maternidad en redes sociales?
  - ¿Cómo pueden las mujeres puérperas utilizar las redes sociales de manera positiva para su bienestar?
  - ¿Qué cambios os gustaría ver en la representación de la maternidad en redes sociales?

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

La imagen que se ofrece en redes sociales sobre la maternidad puede ser superficial, sesgada e incluso polarizada. Finalizada la actividad, las mujeres y sus parejas o acompañantes tendrán una mayor conciencia sobre esta cuestión. Se habrá realizado una reflexión crítica sobre su impacto en la percepción de la maternidad y se habrán identificado estrategias para utilizar las redes sociales de manera positiva.

2.2

ACTIVIDAD

INFLUENCIA DE LA FAMILIA EXTENSA

- TRABAJO GRUPAL / 15 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Facilitar un espacio de reflexión y diálogo entre mujeres puérperas y sus parejas o acompañantes sobre cómo la familia extensa influye en sus modelos de crianza.
- **MATERIALES:** Hojas de papel / Lápices o bolígrafos.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

La manera en que la familia extensa responde a la llegada del niño o de la niña, las relaciones con éstas y el apoyo psicosocial son aspectos influyentes en la construcción de la nueva familia.

Esto puede ser especialmente complicado cuando la familia extensa no está de acuerdo con la manera en que los padres están criando a su hijo/a. Los recientes padres y, especialmente aquellos que viven la experiencia de la maternidad/paternidad por primera vez, suelen ser muy vulnerables a los comentarios negativos, llegando incluso a renunciar a sus propios valores.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- Dividir a las participantes en grupos de 3-4 personas.
- Cada grupo recibirá hojas y bolígrafos y se les pedirá que escriban ejemplos específicos de influencias positivas y negativas de la familia extensa en la crianza.
- Pedir a cada grupo que discuta y elija una experiencia positiva y una negativa para compartir con el grupo grande.
- Facilitar una discusión sobre las experiencias compartidas, enfocándose en cómo se pueden potenciar las influencias positivas y mitigar las negativas.
- Preguntar: “¿Qué estrategias han utilizado para manejar las influencias de la familia extensa?” y “¿Qué consejos podrían dar a otras madres en situaciones similares?”.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Esta actividad busca crear un espacio seguro y de apoyo donde las mujeres puérperas puedan reflexionar sobre la influencia de la familia extensa en la crianza de sus hijos/as, compartir experiencias y aprender estrategias para manejar estas influencias de manera efectiva.

2.3

ACTIVIDAD

LISTA DE ACTIVIDADES GRATIFICANTES Y ASPECTOS POSITIVOS DE LA MA(PA)TERNIDAD

- TRABAJO INDIVIDUAL O POR PAREJAS / 10 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Ayudar a las mujeres puérperas y sus parejas o acompañantes a identificar y crear una lista de actividades que les resulten gratificantes y que puedan incorporar en su rutina diaria para mejorar su bienestar emocional y físico. Poner el foco sobre los aspectos positivos de la maternidad y la paternidad.
- **MATERIALES:** Pizarra / Hojas de papel / Lápices o bolígrafos.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

Es importante mantenernos conectados a aquello que nos satisface para mantener un buen estado de ánimo. Es recomendable tener diseñada una lista de actividades placenteras ya que puede ser de ayuda para mejorar el estado de ánimo en caso necesario.

Por otro lado, puede ayudar a mejorar nuestro estado reflexionar sobre aspectos positivos de la maternidad y la paternidad.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- Cada mujer y su pareja o acompañante escribirán en una hoja aquella actividad gratificante con la que disfrutan y que les ayuda a sentirse bien. En otra hoja escribirán el aspecto positivo que más remarcarían de haberse convertido en madre/padre.
- Cada participante entregará sus hojas dobladas, en dos grupos diferenciados: por un lado las actividades gratificantes y por otro los aspectos positivos de la maternidad/paternidad.
- La matrona irá abriendo cada papel y escribirá en la pizarra lo escrito por las mujeres y sus parejas o acompañantes.
- El anonimato dará libertad para expresarse, a la vez que compartir las ideas y sentimientos puede servir de sugerencia al resto de participantes.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Como resultado de la actividad obtendremos dos listados: de actividades gratificantes a incorporar en nuestras rutinas y de aspectos positivos de habernos convertido en madres o padres.

Quedaría para casa plantear cuestiones logísticas como:

- ¿Qué actividades me gustaría incorporar en mi rutina diaria y qué pasos puedo tomar para asegurarme de que las realizo?".
- ¿Qué obstáculos podrían enfrentar para realizar estas actividades y cómo pueden superarlos?".

Animaremos a las mujeres y sus parejas o acompañantes a reflexionar sobre ello.

2.4

ACTIVIDAD

EJERCICIO DE RELAJACIÓN. ATENCIÓN PLENA

- TRABAJO INDIVIDUAL / 10 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Recordar herramientas aprendidas durante el embarazo que nos ayuden a gestionar la ansiedad, y ponerlas en práctica.
- **MATERIALES:** Silla, colchoneta o cojín.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

El Mindfulness es una disciplina que trabaja la atención, intentando anclarla de manera intencionada en el momento presente, tomando conciencia de las cosas sin hacer juicios. Es una herramienta muy útil para trabajar la relajación y gestionar la ansiedad asociada al embarazo y posparto.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

En la actividad 2.4 del bloque de embarazo, habíamos planteado 8 ejercicios diferentes. Podremos repetir uno o varios de ellos, según la disponibilidad de tiempo.

Podemos consultar a las mujeres y sus parejas o acompañantes, por si desean sugerirnos algún ejercicio en concreto de esos 8.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Se resaltará que trabajar la atención plena durante el posparto será de utilidad para la gestión de la ansiedad, aunque no sustituirá la intervención de profesionales de la salud mental, si la mujer lo requiere.

Animaremos a las mujeres a ponerlos en práctica en sus casas.

Entregaremos el tríptico sobre mindfulness, si no lo hemos hecho anteriormente.

3.1

ACTIVIDAD

A PROPÓSITO DE UN CASO

- TRABAJO GRUPAL / 20 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Reflexionar sobre el impacto que tiene en la esfera sexual de las parejas los posibles cambios del puerperio y su manejo.
- **MATERIALES:** Pizarra / Hojas de papel / Lápices o bolígrafos.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

"Lucía ha sido madre hace dos meses de un bebé llamado Mario mediante un parto vaginal instrumental en el que le fue practicada una episiotomía. Ofrece lactancia materna a su bebé, lo cual ocupa gran parte de su actividad diaria por lo que se encuentra cansada. Su pareja, Alberto, le ha manifestado su deseo de retomar los encuentros sexuales, pero ella se encuentra inapetente. Teme no estar preparada físicamente debido al trauma perineal, además cree que el pequeño Mario demandará su atención en cualquier momento y no se siente atractiva ya que su imagen ha sufrido una transformación. Le gustaría compartir con su pareja otro tipo de contacto mediante caricias o masajes sin mucho despliegue corporal".

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- Se hacen grupos para responder a la pregunta "¿cómo podrían manejar la situación Lucía y Alberto?".
- Basándose en la información teórica abordada anteriormente en la sesión, cada grupo debe identificar los cambios físicos, psicológicos y sociales que afectan a esta pareja, y que pueden tener repercusión en la esfera sexual. A su vez, deben realizar propuestas para su manejo.
- Se hace la puesta en común, que se completará informando acerca de la importancia de:

- Favorecer la expresión de sentimientos, temores y dificultades.
- Involucrar a los dos miembros de la pareja en los cuidados y tareas del hogar, lo cual genera armonía en la pareja, y favorece el retorno de la actividad sexual.
- Buscar un equilibrio entre los cuidados de la criatura recién nacida y el mantenimiento de la relación de pareja, potenciando la comunicación y los momentos de intimidad.
- Intentar encontrar momentos para el descanso.
- Valorar el puerperio como una oportunidad de enriquecer su relación con otras formas de acercamiento.
- Recordar que el inicio de la actividad sexual sin penetración se puede realizar cuando se desee, y con penetración, tras el cese de los loquios y reparación del desgarro perineal, si hubiese.

ACTIVIDAD 3.1

- Animar a incrementar las muestras de afecto entre la pareja, mediante caricias, ternura o contacto físico.
- Llevar a cabo un abordaje de la sexualidad sin exigencias, centrado en el placer, no en la penetración ni en el orgasmo.
- Potenciar las prácticas que aumenten la conciencia corporal, como el masaje.
- Transmitir que los cambios corporales son transitorios y que es favorable planificar un tiempo para el autocuidado o practicar el autoerotismo si se desea.
- Que el reinicio de las relaciones sexuales se produzca cuando la mujer se sienta preparada, y en concreto, respecto al coito, que la mujer dirija la penetración, siendo útil el uso de lubricante.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Se puede hacer una ronda de conclusiones en el grupo, planteando que tras el embarazo hay una serie de cambios, algunos temporales y otros no, para los que es necesario aceptación, adaptación y mucha comunicación en la pareja.

3.2

ACTIVIDAD

¿CUÁL ES EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO PARA TI?

EJERCICIO SOBRE PROS Y CONTRAS

- TRABAJO INDIVIDUAL / 15 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Ayudar a las puérperas a identificar el método anticonceptivo que mejor se adapte a sus necesidades y circunstancias personales, considerando los pros y contras de cada opción.
- **MATERIALES:** Infografía: Sexualidad y anticoncepción en el puerperio / Hojas de trabajo para cada participante / Marcadores y bolígrafos.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

Es importante entender que no todos los métodos anticonceptivos son compatibles con todas las mujeres y que existen condicionantes para recomendar uno u otro método e individualizar en función, principalmente de la historia clínica y las preferencias, antecedentes y características de la usuaria.

Una vez presentados los distintos métodos en la parte teórica de la sesión, vamos a reflexionar sobre las necesidades y circunstancias personales de cada participante.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- Distribuir una hoja de trabajo individual con preguntas guía, donde cada participante pueda anotar sus preferencias, preocupaciones y circunstancias personales.
  - — Puesto que hemos dividido los anticonceptivos en compatibles y no compatibles con la lactancia materna, la primera gran pregunta que te orientará a la hora de elegir anticonceptivo es: ¿Cómo alimentas a tu hija o hijo?
  - — Una segunda cuestión importante es relativa al deseo genésico: ¿deseas tener más hijos/as o no?, si deseas tener más hijos/as ¿qué lapso de tiempo te gustaría que pasase? Esto puede orientarte para elegir un método irreversible, un anticonceptivo de larga duración (LARC), u otro tipo de método.
  - — ¿Qué método te parece más conveniente y por qué?
  - — ¿Cuáles son tus principales preocupaciones respecto a los métodos anticonceptivos?
  - — ¿Qué factores personales (salud, comodidad, frecuencia de uso, etc.) influyen en tu decisión?
- Facilitar una discusión abierta donde las participantes puedan compartir sus reflexiones y conclusiones.
- Responder preguntas y proporcionar información adicional si es necesario.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Concluir la actividad resaltando la importancia de consultar con un/a profesional de la salud antes de tomar una decisión.

4.1

ACTIVIDAD

¿SOBRE QUÉ ASPECTOS ESTÁIS MÁS CERCA DEL MODELO TRADICIONAL? ¿Y DEL MODELO IGUALITARIO DE GÉNERO?

- TRABAJO POR PAREJAS Y GRUPAL / 15 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Reflexionar sobre las percepciones y prácticas de la vida cotidiana, identificando aspectos en los que las parejas se acercan más al modelo tradicional o al modelo igualitario de género.
- **MATERIALES:** Hojas para cada pareja / Pizarras o carteles para escribir las reflexiones / Marcadores y bolígrafos.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

En la actualidad conviven modelos de género, antiguos y nuevos. Estos modelos no son ni inamovibles ni completamente consistentes; es decir, todas y todos somos sincréticas respecto al género, poseemos atributos de género, tradicionales y modernos, de manera simultánea. Y es que, se pueden tener opiniones que sean más cercanas al modelo igualitario, y tener comportamientos que encajen en el modelo tradicional.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- **Reflexión en parejas:**
  - — Distribuir una hoja de trabajo para cada pareja.
  - — Cada pareja debe discutir y marcar en la hoja de trabajo si su práctica actual se alinea más con el modelo tradicional o igualitario de género. Preguntas guía en la hoja de trabajo:
    - ¿Cuál es vuestro núcleo social básico? ¿El individuo, la pareja o la familia?
    - ¿Cómo dividís el trabajo, dentro y fuera de casa?
    - ¿Quién se encarga principalmente de las tareas domésticas? ¿Y del cuidado de los/as hijos/as?
    - ¿Cómo gestionáis el tiempo libre y las actividades recreativas?
    - Aquellas mujeres que abordan la maternidad en solitario podrían reflexionar sobre los apoyos con los que cuentan y cómo se plantean la división del trabajo.
- **Discusión en grupos:**
  - — Facilitar una discusión abierta donde las parejas puedan compartir sus reflexiones y conclusiones.
  - — Escribir en la pizarra los aspectos en los que las parejas se sienten más cercanas al modelo tradicional y al modelo igualitario.
- **Responder preguntas y proporcionar información adicional si es necesario.**

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

La actividad ayudará a las parejas a tomar conciencia de cómo los modelos de género, tradicionales e igualitarios, se manifiestan en su vida cotidiana.

4.2

ACTIVIDAD

HACED JUNTOS/AS UNA DESCARGA DE TAREAS

- TRABAJO POR PAREJAS / PARA CASA
- **OBJETIVO:** Tomar conciencia de la sobrecarga emocional que supone la organización de las tareas familiares y domésticas como primer paso para lograr la corresponsabilidad.
- **MATERIALES:** Hojas / Marcadores y bolígrafos.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

Cualquier tarea, incluidas las domésticas, va mucho más allá de su ejecución. Requiere tener una perspectiva global de todas las tareas pendientes, así como organizar las microtareas y los recursos necesarios para llevarlas a cabo.

Esta función organizativa, que suele recaer sobre las madres, es una de las principales fuentes de sobrecarga mental para las mujeres con el agravante de ser un trabajo invisible.

Muchas veces las madres pueden enfrentarse a comentarios del tipo “Si me lo hubieras pedido, lo habría hecho”. Este es un claro ejemplo de lo que significa la carga mental. Es el esfuerzo mental y emocional que nos supone alcanzar un resultado o cumplir un objetivo.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- Desglosar hasta lo mínimo lo que hay que hacer en el día a día.

  Por ejemplo: Hacer la cena no es sólo cocinar. Es también pensar el menú semanal, asegurarse de que todos los ingredientes estén disponibles y comprarlos, prepararla con antelación teniendo en cuenta a qué hora está lista, poner la mesa, recoger...
- Puntuar cada microtarea del 1 al 5 en función del tiempo, esfuerzo y repetición/cotidianeidad que impliquen.
- Una vez hecho ese ejercicio, se repartirían entre los/las dos. Un resultado corresponsable implicaría una carga de la misma puntuación para ambos/as.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

En el posparto más inmediato, las tareas y su consiguiente carga mental deberían ser asumidas por el/la cuidador/a no principal y el entorno, dando espacio a la madre para que se recupere y pueda atender a la criatura y lactar, si así lo desea.

A medida que avanza el tiempo, y cuando la madre vaya estando preparada, este primer ejercicio de listar las tareas puede ser de utilidad para lograr una correponsabilidad efectiva y real.

4.3

ACTIVIDAD

¿QUÉ CREÉIS QUE SE NECESITA PARA SER PADRES Y MADRES CORRESPONSABLES?

- TRABAJO INDIVIDUAL / 15 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Reflexionar sobre los elementos necesarios para la corresponsabilidad en la crianza, identificando acciones concretas que pueden tomar para lograr una paternidad compartida y equitativa.
- **MATERIALES:** Hojas para cada pareja / Pizarras o carteles para escribir las reflexiones / Marcadores y bolígrafos / Acceso a la Guía de Corresponsabilidad del Ayuntamiento de Oviedo:

CORRESPONSABLES

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

Hablamos de corresponsabilidad desde la premisa de que las personas, mujeres u hombres, comparten presencia, responsabilidades, derechos y obligaciones tanto en la esfera pública como en la privada.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- **Reflexión individual:**

  Realizar un ejercicio individual para reflexionar sobre lo que cada participante cree que se necesita para ser padres y madres corresponsables.

  Acción:

  — Distribuir una hoja para cada mujer o pareja.

  — Preguntas guía que deben responder:

  - ¿Qué significa para ti ser un padre/madre corresponsable?
  - ¿Qué acciones concretas crees que son necesarias para lograr la corresponsabilidad en la crianza?
  - ¿Qué obstáculos crees que pueden impedir la corresponsabilidad y cómo se pueden superar?

- **Discusión en grupo**

  Facilitar una discusión abierta donde los y las participantes puedan compartir sus reflexiones y conclusiones.

  Escribir en la pizarra los elementos identificados como necesarios para la corresponsabilidad, intentando elaborar una lista de 5 acciones concretas necesarias para lograrla.

  Como información adicional proporcionaremos las sugerencias y consejos que nos ofrece la Guía de Corresponsabilidad del Ayuntamiento de Oviedo.

ACTIVIDAD 4.3

- Comunicarse abiertamente y establecer expectativas claras. Es importante que ambas personas progenitoras hablen abiertamente de sus expectativas y deseos en cuanto a la corresponsabilidad. De ese modo pueden asegurarse el estar alineadas y pueden trabajar juntas para compartir las responsabilidades del cuidado de los hijos e hijas.
- Establecer horarios y rutinas equilibradas. Las personas progenitoras deben trabajar juntas para establecer horarios y rutinas que les permitan compartir las responsabilidades del cuidado de los hijos e hijas, y de la casa de manera efectiva. Esto puede incluir turnos de cuidado, horarios flexibles de trabajo o la inclusión de tiempo de calidad.
- Aprender habilidades de cuidado. Ambas personas progenitoras deben aprender estas habilidades. Esto les permite compartir las responsabilidades y les brinda la oportunidad de conectar con sus hijos e hijas de manera significativa.
- Trabajar en equipo. Ser un padre corresponsable también implica trabajar en equipo. Esto significa que ambas personas progenitoras deben estar dispuestas a apoyarse mutuamente, ofrecer ayuda cuando sea necesario y trabajar juntas para tomar decisiones importantes en la vida de sus hijos e hijas.
- Ser un modelo de comportamiento. Los niños y las niñas aprenden observando el comportamiento de los mayores. Al ser un modelo de comportamiento positivo y corresponsable, las personas progenitoras pueden enseñar a sus hijos e hijas la importancia de compartir responsabilidades y trabajar juntas en la familia.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

La corresponsabilidad en el cuidado de los hijos e hijas no solo fortalece los vínculos familiares, sino que también contribuye a construir una sociedad más justa y equitativa.

5.1

ACTIVIDAD

MITOS. QUÉ NO HACER

- TRABAJO GRUPAL / 15 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Educar a las familias sobre los mitos comunes en primeros auxilios pediátricos y proporcionar información correcta sobre qué no hacer en situaciones de emergencia con niños/as.
- **MATERIALES:** Infografía resumen "Primeros auxilios en pediatría para familias" / Hojas de trabajo para cada participante / Pizarras o carteles para escribir los mitos y las correcciones / Marcadores y bolígrafos.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

En primeros auxilios puede ser más importante tener claro qué no debemos hacer, frente aquello que debemos realizar, pues ante todo, no debemos empeorar la situación y son muchos los mitos que nos pueden confundir.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Realizar un ejercicio grupal para identificar mitos y discutir qué no hacer en primeros auxilios pediátricos.

Acción:

- Dividir a las familias en pequeños grupos.
- Cada grupo recibe una hoja de trabajo.
- Los grupos deben discutir y escribir los mitos que conocen y las prácticas correctas en la hoja de trabajo en relación a:
  - Hemorragias nasales.
  - Quemaduras.
  - Ingestión de sustancias potencialmente tóxicas.
  - Herida con cuerpo extraño clavado.
  - Atragantamientos.
  - Obstrucciones de la vía aérea.
  - Fiebre.
  - Convulsión
- Después de 10 minutos, cada grupo presenta sus resultados al resto de las familias que podremos resumir en una pizarra.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

La actividad ayuda a las familias a identificar y desmitificar prácticas incorrectas en primeros auxilios pediátricos. Algunas familias se darán cuenta de que algunas prácticas que consideran correctas eran en realidad mitos que podrían ser perjudiciales.

6.1

ACTIVIDAD

HACER UN DIARIO DE SUEÑO

- TRABAJO INDIVIDUAL / PARA CASA
- **OBJETIVO:** Enseñar a las familias a registrar y analizar los patrones de sueño de sus hijos e hijas para determinar si están durmiendo lo suficiente.
- **MATERIALES:** Modelo de diario de sueño.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

Existe una enorme variabilidad entre niños/as en lo que se refiere a las horas de sueño. Por ello, es importante tener en cuenta, no sólo las necesidades específicas de cada edad, sino también las de cada individuo en concreto. Si nos preocupa que nuestros hijos e hijas no duerman lo suficiente podríamos estudiar su sueño mediante un diario de sueño.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- Observar al niño/a.
- Durante un periodo variable de tiempo que puede ir de días a semanas, apuntaremos en esta tabla, a modo de diario, las características del sueño de nuestros hijos e hijas.

Día				
Hora de acostarse por la noche				
Hora de levantarse por la mañana				
Número de despertares nocturnos				
Duración total de los despertares				
Número de siestas durante el día				
Duración total de las sientas				
Sueño total en 24 horas				
	SÍ	NO	SÍ	NO
Está somnoliento/a o excesivamente cansado/a				
Se despierta espontáneamente por la mañana y tras las siestas				
Parece encontrarse feliz y contento (en bebés más pequeños valorar la irritabilidad)				

Tabla 8: Diario de sueño. Fuente: elaboración propia.

Podemos afirmar que si no está somnoliento/a, se despierta espontáneamente por la mañanas y tras las siestas, y parece encontrarse feliz y contento/a, duerma lo que duerma, es que duerme bien.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

La noción generalizada de que cuanto más duerma un niño/a mejor, ha sido recientemente cuestionada. Está demostrado que, en general, los padres sobreestiman el número de horas que debe dormir su hijo/a, lo que tiene como consecuencia que le obliguen a permanecer en la cama más horas de las que realmente necesita.

Las familias tendrán ocasión de contrastar sus expectativas con la realidad. Se podría plantear, al finalizar el bloque posparto, hacer una puesta en común de los distintos diarios realizados.

6.2

ACTIVIDAD

DEBATE ACERCA DEL COLECHO

- TRABAJO INDIVIDUAL Y GRUPAL / 20 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Facilitar un espacio de debate y reflexión sobre el colecho, permitiendo a las mujeres y sus parejas o acompañantes compartir sus experiencias, preocupaciones y opiniones, y proporcionar información basada en evidencia.
- **MATERIALES:** Infografía: Sueño del bebé. Lo que necesitas saber. / Hojas de trabajo para cada participante / Pizarras o carteles para escribir los puntos de debate / Marcadores y bolígrafos.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

Según un estudio, se estima que el 70% de las madres que colechan mienten al personal sanitario respecto a la localización del niño/a al final de la noche. Nos gustaría saber qué opinan las familias al respecto.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- Realizar un ejercicio individual para reflexionar sobre las propias experiencias y opiniones sobre el colecho. Distribuir una hoja de trabajo con preguntas guía:
  - ¿Has practicado el colecho con tu hijo/a? ¿Por qué sí o por qué no?
  - ¿Cuáles crees que son los principales beneficios del colecho? ¿y los principales riesgos?
  - ¿Por qué crees que las familias mienten en este sentido?
- Llevar a cabo un debate en grupo, compartiendo las reflexiones individuales.
- Escribir en la pizarra los beneficios y riesgos del colecho identificados por los grupos.
- Distribuir folletos informativos que contengan datos sobre el sueño del bebé y el colecho seguro.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

La actividad permitirá hablar con franqueza de un tema como el colecho que, a pesar de ser una práctica cada vez más extendida, sigue siendo un tema tabú en nuestro entorno. El rechazo social puede llevar a muchas familias a descartarlo, y a mentir a quien sí lo realiza.

6.3

ACTIVIDAD

PRÁCTICA DE MASAJE INFANTIL

- TRABAJO CON BEBÉ O MUÑECO / 15 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Enseñar a las familias técnicas básicas de masaje infantil para promover el bienestar y el vínculo con sus hijos/as.
- **MATERIALES:** Bebé o muñeco / Crema hidratante / Colchonetas / Toallas aportadas por las familias / Vídeos: https://www.saludcastillayleon.es/es/protege-salud/salud-materno-infantil/videos-masaje-infantil / Guía: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/public_vida_sana/es_4052/adjuntos/masajeinfantil.pdf

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

En muchas culturas a lo largo y ancho del planeta los padres masajean a sus hijos e hijas tras el baño. La hidratación de la piel es una oportunidad ideal para masajear el cuerpo del bebé.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- Si está tranquilo/a y la temperatura ambiente es agradable, calentamos el producto hidratante en las manos y lo aplicamos con un masaje breve sin mucha presión sobre su cuerpo.
- Podemos empezar por donde más nos apetezca o más le guste al niño/a. Podemos masajear con ambas manos un brazo subiendo desde las manos hasta los hombros y vuelta a bajar. Podemos masajear su tronco con suavidad, con ambas manos abiertas, como queriendo alisar las páginas de un libro abierto, desde el esternón hacia fuera.
- En la barriga, con nuestra mano, masajeamos dibujando un arcoíris de izquierda a derecha. También podemos masajear sus piernas y sus pies.
- Si aguanta bocabajo, podemos ponerlo sobre nuestras piernas y masajear suavemente su espalda. Puede ser un masaje corto, de apenas 2 o 3 minutos, o lo que el bebé tolere.
- Es aconsejable hablar al niño/a mientras le hidratamos y damos un masaje. Nuestra voz capta su atención, sabe que nos dirigimos a él/ella.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

El masaje infantil es una herramienta efectiva para mejorar la conexión emocional entre padres e hijos/as, promoviendo un ambiente de amor y seguridad.

La actividad proporcionará a las familias las técnicas y conocimientos necesarios para realizar el masaje infantil y, por tanto, una mayor confianza en su capacidad para practicarlo. Eso les permitirá incorporar esta práctica en su rutina diaria.

7.1

ACTIVIDAD

ENCUENTRO ENTRE IGUALES

- ACTIVIDAD GRUPAL / 90-120 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Facilitar un espacio de encuentro y diálogo entre embarazadas y puérperas para compartir experiencias, consejos y apoyo mutuo, promoviendo un ambiente de aprendizaje y comunidad.
- **MATERIALES:** Sillas y mesas dispuestas en círculo para fomentar la conversación / Hojas de papel y bolígrafos para tomar notas / Folletos informativos sobre la lactancia / Contactos de recursos locales (consultoras de lactancia, grupos de apoyo, etc.).

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

Esta actividad está pensada para animar a las mujeres y sus acompañantes a compartir su experiencia con la lactancia materna en estos primeros días/semanas de posparto.

Se invitará a las gestantes del grupo de Educación Parental para que escuchen estos testimonios de primera mano.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- Recibir a las participantes y explicar el objetivo del encuentro.
- Breve presentación de cada participante (nombre, etapa del embarazo o posparto, expectativas del encuentro).
- Rueda de Experiencias: Cada puérpera comparte su experiencia del posparto, incluyendo desafíos y aprendizajes. Las embarazadas pueden hacer preguntas y tomar notas.
- La sesión “Lactancia y destete” continuará con normalidad, permitiendo a embarazas y puérperas intervenir cuando estimen necesario.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

El encuentro permitirá un valioso intercambio de experiencias entre embarazadas y puérperas. Las embarazadas podrán escuchar relatos reales sobre la alimentación de la criatura recién nacida, lo que les ayudará a tener una visión más clara y realista de lo que puede suceder en sus propios puerperios.

8.1

ACTIVIDAD

¿REALMENTE LLEVAMOS UNA DIETA MEDITERRÁNEA?

REVISAR NUESTRO PATRÓN ALIMENTARIO

- TRABAJO INDIVIDUAL Y GRUPAL / 20 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Ayudar a las familias a evaluar si su dieta se ajusta a los principios de la dieta mediterránea y proporcionarles herramientas para mejorar su patrón alimenticio.
- **MATERIALES:** Hojas de trabajo para cada participante / Pizarras o carteles para escribir los componentes de la dieta mediterránea / Marcadores y bolígrafos.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

Si vamos a ofrecer recomendaciones sobre alimentación infantil, es fundamental comenzar revisando el patrón alimenticio de los progenitores, ya que ambos aspectos están estrechamente relacionados.

La dieta mediterránea está actualmente muy desvirtuada. Muchas personas, simplemente por vivir en un país bañado por el Mediterráneo, afirman seguirla, sin comprender plenamente sus principios. Y es que, la influencia de la comida rápida importada de países extranjeros, ha alterado significativamente la dieta en nuestro país.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- Explicar brevemente los componentes clave, como el consumo de frutas y verduras, pescado, aceite de oliva, legumbres, frutos secos, y la reducción de carnes rojas y procesadas.
- Realizar un ejercicio de autoevaluación para revisar el patrón alimenticio de cada participante.
  - Distribuir una hoja de trabajo con preguntas guía para la autoevaluación.
  - Preguntas guía:
    - ¿Cuántas porciones de frutas y verduras consumes diariamente?
    - ¿Con qué frecuencia consumes pescado y mariscos?
    - ¿Qué tipo de grasas utilizas para cocinar (aceite de oliva, mantequilla, etc.)?
    - ¿Con qué frecuencia consumes carnes rojas y procesadas?
    - ¿Incluyes legumbres y frutos secos en tu dieta regularmente?
- Analizar los resultados de la autoevaluación para determinar si el patrón alimenticio se ajusta a la dieta mediterránea.
- Facilitar una discusión en grupo donde las participantes compartan sus resultados.
- Utilizar una pizarra para escribir y comparar los patrones alimenticios.
- Identificar áreas comunes donde se puede mejorar la adherencia a la dieta mediterránea.

ACTIVIDAD 8.1

- Crear un plan de acción para mejorar el patrón alimenticio y ajustarlo a la dieta mediterránea.
  - — Preguntas guía:
    - ¿Qué cambios específicos puedes hacer en tu dieta para ajustarla a la dieta mediterránea?
    - ¿Cómo puedes aumentar el consumo de frutas y verduras?
    - ¿Qué alternativas saludables puedes utilizar para reducir el consumo de carnes rojas y procesadas?
    - ¿Qué recursos o apoyo adicional necesitas para mejorar tu dieta?

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Las familias tendrán ocasión de reflexionar sobre su propio patrón alimenticio, a la vez que toman conciencia de la enorme influencia que tendrán sobre la alimentación de sus hijos e hijas.

8.2

ACTIVIDAD

ERRORES EN ALIMENTACIÓN INFANTIL

- ACTIVIDAD GRUPAL / 20 MINUTOS
- **OBJETIVO:** Animaremos a las familias a reflexionar sobre los errores comunes en la alimentación infantil y a buscar alternativas saludables.
- **MATERIALES:** Dispositivo con conexión a internet (móvil...) / Hojas de papel / Bolígrafos o lápices.

INTRODUCCIÓN A LA ACTIVIDAD

La industria de la alimentación puede resultar muy agresiva a la hora de atraer nuevos clientes y, en plena transición hacia la alimentación complementaria, las familias van a ser bombardeadas por productos con atractivos dibujos que parecen diseñados por y para sus hijos e hijas. Lo cierto es que muchos de esos productos tendrán un valor nutricional muy pobre, a la que vez que contienen un elevado porcentaje de azúcares y aditivos.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Revisaremos los productos clásicos que se ofrecen en la infancia.

Para ellos las dividiremos en 5 grupos y asignaremos a cada grupo un alimento distinto.

- Cereales hidrolizados.
- Cola-cao
- Zumos
- Mi primer Danone
- Galletas María

Pediremos a las familias que busquen en internet los motivos por los que no se deben adquirir y qué alternativas saludables tenemos. Pueden escribirlo en un papel si lo necesitan.

Finalmente, compartirán con el grupo la información encontrada.

CONCLUSIONES DE LA ACTIVIDAD

Tras realizar la actividad, las familias habrán entrenado su ojo crítico a la hora de discriminar qué productos son apropiados y cuáles no lo son. Revisar las etiquetas será una actividad aconsejable para realizar mientras hacemos la compra.

Principado de Asturias | Consejería de Salud

SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Estrategia de Salud
de las Mujeres de Asturias
2024 - 2030