



PRIMERA SESIÓN:

EMBARAZO

1º TRIMESTRE

CONTENIDOS

OBJETIVOS

PROPUESTA DE DISEÑO DE LA ACTIVIDAD DOCENTE

RECURSOS

DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS DE LA SESIÓN

CONTENIDOS

En las mujeres, desde la fecundación hasta el momento del parto, ocurren una serie de modificaciones normales, tanto en su cuerpo como en sus funciones vitales, sentimientos y emociones; del mismo modo, la relación con su círculo social (pareja, familiares, amistades, etc.), conlleva la creación de unas expectativas y necesidades a cubrir que van cambiando durante el curso de la gestación. Progresivamente se va considerando al feto como un ser independiente del cuerpo de la madre, como una criatura con personalidad propia que va despertando afecto poco a poco.

Para un correcto abordaje de esta sesión es fundamental afrontar estos cambios físicos, psíquicos y sociales como un proceso gradual y fisiológico de adaptación al embarazo.

En la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva (ESSR) (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010), para la promoción de la salud en el embarazo, se recomienda “conocer la disposición emocional de la mujer hacia el embarazo y los cambios que la maternidad conlleva”. En este sentido, se aconseja incluir en esta sesión información de las modificaciones que surgen durante la gestación, así como aquella que permita fomentar estilos de vida saludables y el bienestar en mujeres y familiares. Además, conocer estos cambios favorece a vinculación afectiva positiva de padres y madres hacia su criatura en desarrollo, estableciendo unas relaciones óptimas desde el embarazo.

Los aspectos a tratar en esta sesión son:

Cronología de la atención al embarazo

- Control del embarazo
- Documento de Salud de la Embarazada

Cambios físicos y fisiológicos en el embarazo

- Útero, vagina, ovarios y trompas de Falopio
- Pelvis y sus articulaciones
- Abdomen
- Mamas
- Peso
- Aparato circulatorio
- Aparato respiratorio
- Aparato urinario
- Aparato digestivo
- Cambios hormonales
- Columna vertebral

Cambios en los sentimientos

- Cambios generales
- Cambios en el primer trimestre
- Cambios en el segundo trimestre
- Cambios en el tercer trimestre

La familia: espacio esencial de socialización

- Descripción
- Tipos de familia

Desarrollo personal de madres/padres/cuidadoras/cuidadores

- Satisfacción vital y autoestima de los futuros padres y madres
- Promoción de roles igualitarios

Vinculación prenatal.

- Concepto de apego y vinculación
- Influencias del estado emocional materno en el bebé

Salud y embarazo

- Alimentación
- Sustancias tóxicas y agentes peligrosos
- Higiene y belleza
- Cuidados posturales
- Sueño y descanso
- Ocio y deporte
- Viajes
- Trabajo
- Sexualidad

Signos de alerta durante el embarazo

OBJETIVOS

Conocimientos:

La mujer/pareja o acompañante:

- conocerá los cambios que conlleva el embarazo, su estado de salud y su reacción física y emocional hacia el proceso de la gestación y sus modificaciones.
- reconocerá las señales de alerta durante el embarazo.
- conocerá los principales tipos de familia y su importancia en el desarrollo durante la infancia.
- comprenderá la importancia de mantener un adecuado bienestar físico y psicológico como aspecto necesario para promover un desarrollo saludable en sus hijos/as.
- sabrá identificar qué es el apego, así como su importancia en el desarrollo infantil.
- comprenderá la importancia de la vinculación afectiva desde el periodo prenatal.

Habilidades:

La mujer/pareja o acompañante:

- será capaz de mantener y/o incorporar hábitos y estilos de vida saludables
- estará preparada para utilizar estrategias adaptativas ante los cambios físicos, sentimentales, familiares y sociales.
- podrá utilizar estrategias más eficaces para lograr su bienestar personal y familiar.
- sabrá hacer uso de estrategias más eficaces para promover la vinculación prenatal.
- será capaz de entablar una vinculación satisfactoria con su hijo o hija.

Actitudes:

La mujer/pareja o acompañante:

- tomará conciencia de forma positiva de los cambios que conlleva la gestación, aprendiéndolos como fisiológicos.
- comprenderá la relevancia que cobran durante el embarazo todas las actividades interactivas materno-paterno-fetales que incrementen el apego prenatal.
- asumirá la importancia de detectar signos de alerta, entendiéndolos no como problemas graves, sino como motivo de consulta al centro sanitario.
- asumirá la importancia de expresar ternura y afecto al bebé, incluso antes de su nacimiento.
- valorará como muy positivo establecer un apego seguro con su hijo/a
- se mostrará dispuesta a mejorar su propio bienestar personal como medio para promover un desarrollo saludable en su hijo o hija.

PROPUESTA DE DISEÑO DE LA ACTIVIDAD DOCENTE

Se propone una sesión interactiva en la que participan activamente tanto las asistentes como el/la profesional que coordina la sesión. Los contenidos se desarrollan en aproximadamente 100 minutos (teniendo siempre en cuenta que la duración de la sesión habrá de adaptarse a las circunstancias y que la transmisión de contenidos teóricos no es el único objetivo de la sesión), manteniendo por parte del conductor/a de la sesión un estilo docente democrático.

1. **Bienvenida** y presentación de objetivos y contenidos de la sesión. (5 minutos).
2. **Técnica de grupo.** Lluvia de ideas: Se pedirá a todas las personas participantes que digan en voz alta las principales *modificaciones fisiológicas*, tanto físicas como psicológicas, *que ocurren durante el embarazo*, así como hábitos de vida saludables y gestos encaminados a desarrollar una estrecha relación con el feto. El/la docente las anotará en una pizarra o papelógrafo. Esta dinámica servirá también como breve presentación de las personas participantes (20 minutos).
3. **Exposición** teórica de los contenidos sobre desarrollo y modificaciones fisiológicas del embarazo, signos de alerta y comportamientos de padres y madres encaminados al proceso de aproximación afectiva hacia el bebé no nacido, relacionándolos con la lluvia de ideas, permitiendo el debate y aplicando la conclusión guiada. (10 minutos).
4. **Exposición** teórica de los contenidos sobre la familia como contexto de socialización y la necesidad de promover una parentalidad positiva desde el fomento del bienestar de madres/padres/cuidadoras/cuidadores y de la adecuada Binteracción padres/madres-bebé (5 minutos).
5. **Dinámica grupal sobre la promoción de roles igualitarios** como estrategia para favorecer una mayor satisfacción vital (10 minutos).
6. **Puesta en común** de las conclusiones (10 minutos).
7. **Exposición teórica sobre la influencia del estado emocional materno en el feto** (5 minutos).
8. **Exposición teórica** apoyada con el visionado de un **vídeo** sobre el concepto del apego y la importancia de la vinculación prenatal (10 minutos).
9. **Recapitulación** y aclaración de dudas (5 minutos).
10. Breve sesión de **ejercicio físico**, según indicaciones de la sección III (10 minutos).
11. **Despedida** y emplazamiento para continuar con el programa.

RECURSOS

- Ordenador.
- Proyector.
- Pizarra o papelógrafo.
- Rotuladores.
- Diapositivas de la sesión.
- Ficha “Reparto de tareas”.
- Papeles y lápices.
- Vídeo sobre “vinculación prenatal”.
- Material complementario sobre Parentalidad Positiva.
- Colchonetas.
- Cojines, rulos o almohadas.
- Pelotas medicinales.
- Sillas.

DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS DE LA SESIÓN

- Reproducción humana
- Cronología de la atención al embarazo
- Cambios físicos y fisiológicos en el embarazo
- Cambios en los sentimientos
- La familia: espacio esencial de socialización
- Desarrollo personal de madres/padres/cuidadoras/cuidadores
- Vinculación prenatal
- Salud y embarazo
- Signos de alerta durante el embarazo

Reproducción humana

Fecundación

Ocurre en el tercio externo de la trompa de Falopio y consiste en la unión de un espermatozoide con el óvulo de la mujer, formando el huevo fecundado, momento a partir del cual, y por una serie de procesos químicos, el óvulo será inaccesible a otros espermatozoides. Habitualmente este proceso ocurre en la mitad del ciclo menstrual, aproximadamente 14 días tras el primer día de la última menstruación, aunque es variable dependiendo de la duración del ciclo de cada mujer. Durante aproximadamente dos días el óvulo fecundado permanece en la trompa y alcanza el útero a los 3-4 días post-fecundación, donde tras una serie de procesos mecánicos, físicos, químicos e inmunológicos se implanta en el endometrio (octavo día post-fecundación).

Desarrollo del bebé en el útero materno

Desde el momento en el que el espermatozoide introduce la carga genómica en el óvulo y contacta con la de este último, quedan ya determinadas características propias del nuevo ser como son el color de piel, de pelo, de ojos, sexo, personalidad, etc.

El desarrollo del huevo dará lugar al feto y los anejos fetales que son el cordón umbilical, la placenta y las membranas. La cavidad amniótica está rellena de líquido amniótico, donde se halla el feto.

El cordón umbilical suele tener unos 2 cm de grosor y alrededor de 50 cm de largo. Se inserta en la placenta por la cara fetal. En su interior existen en condiciones normales dos arterias que llevan sangre venosa y una vena que lleva sangre oxigenada. El cordón está recubierto por la gelatina de Wharton.

La placenta es el órgano primordial en todo el embarazo para el desarrollo del feto. Sus funciones principales son: nutrición, regulador del crecimiento y metabolismo embrionario. También funciona como una extraordinaria glándula endocrina (secreción de hormonas que aseguran el futuro de la gestación). Lleva el oxígeno y los nutrientes de la madre al feto. Evita el paso de agentes patógenos y sustancias para proteger el feto. Su forma es de disco, suele tener unos 20 cm. de diámetro y de 2 a 3 cm. de grosor. Tiene dos caras: fetal y materna. La primera es lisa, con tonos blancos y azulados, y es donde se inserta el cordón umbilical. La cara materna contiene los cotiledones, es rugosa y sangrante.

Las membranas están formadas por tres capas (de fuera hacia el interior): decidua (membrana de origen materno), corion y amnios (estas dos son membranas fetales). Tienen funciones de protección, nutrición, de respiración y excreción.

El líquido amniótico protege al feto, le sirve de aislamiento térmico y forma lo que se conoce con el nombre de la bolsa de las aguas, donde el feto se mueve en su interior libremente. Puede llegar a tener un volumen de 1 litro. Tiene una importante función metabólica.

El parto a término ocurre entre la semana 37 y 42 desde la fecha de última regla (el comienzo de la gestación se cuenta desde el primer día de la última regla), si bien la fecha probable de parto es considerada la semana 40, lo que equivale a 280 días de amenorrea. En todo este tiempo, el desarrollo del nuevo ser pasa por tres fases:

a. Periodo preembrionario: Va desde el momento de la fecundación hasta que se forma el llamado disco embrionario. Comprende las tres primeras semanas del embarazo.

b. Periodo embrionario: Abarca desde la 4ª hasta la 8ª semana.

- En la 3ª semana el feto tiene el corazón y una circulación sanguínea primitiva. Longitud: 2mm.
- Al final de la 4ª semana, empieza a formarse el cerebro, riñones, hígado, aparato digestivo y lo que en un futuro serán los miembros inferiores y superiores. Se forma el cordón umbilical. A partir de este tiempo, la cabeza aumenta considerablemente debido al aumento del cerebro. Longitud: 5 mm.
- Entre la 6ª y la 7ª semana, se desarrollan las extremidades y lo que más adelante serán las orejas y el conducto auditivo externo. Longitud: 30 mm.
- En la 8ª semana, la cabeza queda bien diferenciada y ya se aprecian los ojos, párpados, nariz, boca, orejas, brazos y piernas. Los principales órganos se han formado y el corazón inicia su latido. Longitud: 40 mm.

c. Periodo fetal: Abarca desde la semana 9 hasta el final del embarazo y en esta fase el cuerpo crece y se produce el desarrollo de todos los órganos y tejidos que se formaron en el periodo embrionario.

- Entre la 9ª y la 12ª semana, el feto adquiere una forma humana. Realiza movimientos, si bien la madre no llega a percibirlo. La cabeza es más grande que el cuerpo. Al final de este tiempo, se pueden distinguir los genitales externos. Longitud 10 cm.
- Entre la 13ª y la 20ª semana, los genitales están bien formados; se produce el vérmix caseoso que, con una gran cantidad de grasa, recubre al feto, protegiendo la piel mientras se va desarrollando. Lo más frecuente es que entre la 17 y la 20 semana (4-5 meses), los movimientos empiecen a ser percibidos por las embarazadas. El latido cardiaco puede ser auscultado y oírse con nitidez.
- Entre la 21-29 semana, aparece pelo, crecen las cejas y pestañas. La piel se recubre de un vello fino, el lanugo. Los ojos se abren. Al final de esta podría pesar algo más de 1000 gr. y medir unos 35 cm.
- Desde la 30 a la 34 semana de gestación se completa la maduración pulmonar, la del aparato digestivo, existe reflejo pupilar y el feto empieza a ganar peso considerablemente, debido al acúmulo de grasa.

- A partir de la semana 35, el crecimiento es progresivo, aumenta el tamaño corporal, crecen las uñas y el pelo, los movimientos son más bruscos y vigorosos y el lanugo desaparece conforme madura el feto.

Cronología de la atención al embarazo

Control del embarazo

Si bien el embarazo es un proceso totalmente fisiológico, los profesionales deben resaltar la importancia del control de embarazo, más aún si en los antecedentes maternos, familiares o del progenitor aparecen enfermedades de interés, hereditarias, tratamientos habituales o complicaciones en anteriores gestaciones.

En el Sistema Sanitario Público Andaluz los controles del curso del embarazo vienen definidos en el Proceso Asistencial Integrado Embarazo, Parto y Puerperio. En él se determina el número de visitas (de 8 a 10, una al mes, aproximadamente) y la frecuencia de éstas dependerá de si es un embarazo de bajo riesgo o no, pues si existen desviaciones de la normalidad requerirá visitas más próximas en el tiempo; las actividades educativas (formativas/informativas); las exploraciones; y las pruebas diagnósticas o complementarias.

Básicamente, se ofertan las siguientes actividades:

- Consulta preconcepcional:** Se pretende detectar riesgos y antecedentes que indiquen un especial control del embarazo. El ácido fólico previene de malformaciones del tubo neural y es el momento de asesorar sobre su administración, así como sobre la de yodo.
- Seguimiento del embarazo:** Se realiza conjuntamente entre los distintos niveles asistenciales (atención primaria y especializada). Los profesionales sanitarios competentes para esta tarea son: obstetras, matronas, médicos/as de familia y enfermeras/os. En estas consultas se actualiza la historia clínica, se abre el Documento de Salud de la Embarazada, se solicitan analíticas de sangre y orina, se realizan ecografías y otras exploraciones de carácter general (peso, talla, constantes, altura uterina, etc.) o más específicas, como citologías, cultivos de exudado vaginal, etc. Si existen patologías previas o aparece alguna otra en el curso del embarazo, se solicitará consulta a otros especialistas o incluso podría remitirse el caso a las consultas del hospital de referencia, si fuese conveniente.
- Visita puerperal:** Es importante destacar que se abordará su contenido a lo largo del programa de Preparación al Nacimiento y la Crianza.

Documento de Salud de la Embarazada

Será conveniente destacar que las gestantes deben llevarlo siempre consigo, pues es el documento oficial que la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía edita con el fin de que cada mujer tenga registrada toda la información sobre la evolución del embarazo. Por ello, ha de tener en cuenta que si precisara atención sanitaria en cualquier momento y en cualquier lugar, la información contenida en este

documento se vuelve especialmente importante en términos de seguridad y calidad en la atención.

Cambios físicos y fisiológicos en el embarazo

La mayoría son debidos a la influencia hormonal que del embarazo se deriva y tiene por objeto una mejor adaptación al nuevo estado.

Útero

El útero crece con el objeto de albergar al feto y los anejos fetales. Cambia de forma, de consistencia (se reblandece), de posición, de situación y es más probable que se produzca un aumento de la excitabilidad y contractibilidad. No obstante, las contracciones suelen ser irregulares, aparecen generalmente con un estímulo físico (actividad física) o psíquico (estrés, tensión) o por infecciones urinarias que deben tratarse. Desaparecen en los dos primeros casos con reposo y relajación y en el último, con el tratamiento específico. No obstante, existen contracciones que son normales e indoloras (contracciones de Braxton-Hicks).

El cuello uterino también sufre modificaciones entre las que está la hipertrofia de la mucosa. El cuello se llena de un moco denso, que cierra el orificio cervical para imposibilitar la entrada de agentes infecciosos a la cavidad uterina: es el tapón mucoso de Hoffmeier. Cabe destacar la importancia del mismo y que su expulsión, por sí sola, no indica ningún problema o complicación si se produce después de las 36 semanas de gestación. Si se expulsa antes de la 36 semana de gestación hay que valorar la existencia de contracciones que puedan adelantar el parto y comprometer el bienestar fetal.

Vagina

La vagina se vuelve más elástica y aumenta de tamaño, cambia de color (violácea) y aumenta la cantidad de flujo (blanquecino). Si aparecen cambios en el olor o color acompañados de prurito o escozor habrá que descartar una infección vaginal. No obstante, es de especial importancia aconsejar para prevenir infecciones vulvovaginales el uso de ropa interior de algodón, no utilizar prendas muy ajustadas y no utilizar *salvaslips* ni tampones.

Ovarios y trompas

La ovulación queda inhibida en el embarazo y las trompas alteran su dirección y situación y sufren procesos de relajación.

Pelvis y sus articulaciones

Las articulaciones sacroilíacas están más blandas de lo habitual en los últimos meses de la gestación a consecuencia de la relaxina. Esto puede producir pinchazos al caminar deprisa o al agacharse. El coxis presenta cierta movilidad en esta etapa y puede molestar al sentarse.

Abdomen

Se distiende considerablemente y por ello es frecuente la aparición de estrías. Existe un borraramiento del ombligo y en ocasiones aparece diástasis de los músculos rectos anteriores del abdomen. También puede observarse una hiperpigmentación de la línea alba, lo mismo que sucede en cara y cuello, lo que se conoce con el nombre de cloasma gravídico.

Mamas

Se debe señalar que es normal una mayor sensibilidad, un aumento de la tensión y hormigueo en las primeras semanas. Aumentan de tamaño, incluido el pezón, aumenta la vascularización (red venosa de Haller), y existe una hiperpigmentación de pezones y areolas. Pueden aparecer estrías. En la segunda mitad del embarazo puede existir actividad secretora y producirse la salida de calostro. También se puede manifestar una hipertrofia de los tubérculos de Montgomery.

Peso

El peso aumenta de forma progresiva. Las gestantes han de tener en cuenta que de no tener el peso adecuado se debe vigilar el aumento de éste. Dentro de la normalidad, la ganancia ponderal debe oscilar entre 8-12 kg, si bien se recomienda que ésta se haga de forma homogénea desde las primeras semanas hasta el nacimiento.

Aparato circulatorio

Aumenta el volumen sanguíneo en un 30-40%. El volumen plasmático aumenta más en proporción al volumen de hematíes, lo que da lugar a una dilución de éstos provocando la “anemia fisiológica de la embarazada”.

El corazón aumenta de tamaño y cambia su posición ligeramente (hacia arriba y a la izquierda) debido a la elevación del diafragma y al aumento de volumen cardíaco. La frecuencia cardíaca puede aumentar en 10-15 pulsaciones/minuto.

Se debe explicar a la mujer/pareja o acompañante la posibilidad de que aparezca el síndrome de hipotensión supina, consistente en un descenso de la tensión arterial, acompañado de sudoración fría, palidez y mareos. Esto ocurre por la presión que el útero realiza sobre la vena cava inferior. Se ha de tener en cuenta que esto ocurre cuando la mujer embarazada se encuentra en decúbito supino y que mejora colocándose en decúbito lateral izquierdo.

El aumento de peso provoca una compresión de la circulación de retorno de las extremidades inferiores, así como en la vulva y venas profundas de la pelvis. Al ententecerse el retorno a consecuencia de la presión uterina sobre la vena cava inferior y las ilíacas, pueden aparecer edemas, varices y hemorroides.

Se debe tener en cuenta la importancia de establecer medidas higiénico-dietéticas para la prevención de edemas, varices y hemorroides:

a. Edemas

- Los edemas de los miembros inferiores mejoran con el descanso nocturno, pudiendo aparecer al levantarse edemas en cara y manos.
- Si persisten se deben realizar controles periódicos de tensión arterial, dieta baja en sal y con alto contenido proteico y diurética (piña, espárrago y puerro), reposo en decúbito lateral izquierdo.

b. Varices

- Evitar estar de pie sin moverse durante un espacio largo de tiempo.
- Repartir el peso del cuerpo entre ambas piernas, utilizando un reposapiés.
- Descansar con las piernas elevadas.
- No utilizar prendas o calzados que compriman.
- Caminar.
- Practicar ejercicios circulatorios.

c. Hemorroides

- Evitar el estreñimiento con alimentos ricos en fibra y líquidos abundantes.
- Ejercicio moderado.
- Ejercicios de Kegel.
- Limpieza cuidadosa de la zona anal.
- Evitar comidas picantes.
- A éstas medidas añadiremos aplicación de frío local 2-3 veces/día en caso de que aparezcan.

Aparato respiratorio

El gasto/consumo de oxígeno está aumentado. Puede aparecer dificultad respiratoria, con respiraciones frecuentes, poco profundas e insatisfactorias que se compensan con un suspiro. Son debidas a la pérdida de capacidad pulmonar por la presión del útero. Es fisiológica y como medidas de prevención se deben aconsejar ejercicios respiratorios. La respiración puede cambiar de ser habitualmente abdominal a llevarse a cabo de forma torácica, lo cual se debe a la elevación del diafragma, al tamaño del útero y a la separación que se produce entre las costillas.

Aparato urinario

Puede existir un aumento en el deseo de orinar, debido a la presión que ejerce el útero sobre la vejiga. El embarazo predispone a las infecciones de orina, por lo que se ha de tener en cuenta esto para que la mujer, ante síntomas urinarios (disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, etc.), acuda a un centro sanitario para su valoración. La progesterona es la hormona que favorece la dilatación y disminución del tono de los uréteres, facilitando las infecciones y pielonefritis.

Aparato digestivo

Por causas hormonales es frecuente que surjan cambios en el apetito, aumentando más en el tercer trimestre que en el primero, ya que en éste suelen aparecer náuseas y vómitos, por causa de las altas concentraciones de BhCG. Las principales modificaciones son:

a. Boca:

- Gingivitis: las encías están inflamadas y sangran fácilmente a causa de la hiperemia.
- Caries: está causada por la alteración del pH de la saliva debido a las hormonas del embarazo, unida a la acumulación de placa bacteriana.
- Prevención: Control odontológico, lavado frecuente y suave de los dientes.

b. Estómago:

- Se encuentra desplazado hacia arriba.
- El tono y la motilidad están disminuidos, por lo que el vaciamiento gástrico se hace más lento a causa de la acción de la progesterona, de la disminución del ácido clorhídrico y de la alteración del ángulo del estómago con el esófago. Como consecuencia aparecen digestiones lentas y pirosis o reflujo del contenido gástrico hacia el esófago. Éste se acentúa por atonía gástrica.
- Prevención de la pirosis: Comer varias veces al día pequeñas cantidades, masticar lentamente, evitar grasas, fritos, embutidos, picantes. Posición incorporada tras la ingesta.
- Prevención de la aerofagia: Comer lentamente, masticando bien pequeñas cantidades, evitar alimentos flatulentos (col, coliflor, brócoli, cebolla cruda, lechuga, garbanzos, judías blancas, productos integrales), tomar fruta 1 hora antes ó 2 horas después de las comidas y evitar el estreñimiento.

c. Intestino delgado:

- Está desplazado hacia los lados.
- Motilidad disminuida que provoca estreñimiento.
- Prevención del estreñimiento: Alimentación rica en fibra, frutas y verduras. Aceite de oliva crudo en ensaladas, líquidos abundantes, ejercicio, educación de hábitos intestinales.

Cambios hormonales

Los cambios hormonales ocasionan un gran número de modificaciones y alteraciones durante la gestación. El control hormonal y el mantenimiento del embarazo se debe sobre todo a la placenta, como principal productor de estrógenos y progesterona. No obstante, cabe destacar que hasta que la placenta se desarrolla, el embrión en desarrollo produce la hormona gonadotropina coriónica humana o hCG que interactúa con los receptores del ovario de la hormona luteinizante (LH), para que sigan produciendo progesterona. La placenta también participa en la secreción láctea mediante la producción de lactógeno placentario.

Los estrógenos favorecen el aumento del útero y preparan las mamas para la lactancia.

Columna vertebral

La ganancia de peso y el tamaño del útero hacen que el centro de gravedad de la embarazada se desplace, por lo que la estática de la columna se ve alterada y, a su vez, la de las piernas y pies. Esto influye en las posturas habituales y en la forma de caminar. Lo más habitual es que la curvatura lumbodorsal aumente de manera progresiva durante el curso de la gestación: se arquea la columna lumbar hacia adelante (hiperlordosis lumbar) que se compensa con un desplazamiento de los hombros y la cabeza hacia atrás (cifosis dorsal).

La producción elevada de progesterona y relaxina favorece la laxitud de los ligamentos y la articulación. Esto, en algunos casos, puede tener como consecuencias:

- a. Lumbalgia: dolor en la parte baja y central de la espalda.
- b. Ciática: dolor en un punto de la parte superior del glúteo que puede irradiarse o no hacia la parte posterior del muslo, la pierna e incluso al pie.
- c. Lumbociática: unión de los dos procesos anteriores.

Se han de tener en cuenta las siguientes medidas de prevención para evitar los problemas descritos anteriormente:

- a. Corrección postural en la actividad diaria.
- b. Evitar permanecer mucho tiempo de pie.
- c. Caminar una hora al día.
- d. Calzado con tacón medio de base ancha.
- e. Sentarse con la espalda recta y bien apoyada.
- f. Refuerzo de la musculatura abdominal y lumbar con ejercicios de tonificación isométrica.

Otros cambios

- a. Piel: Debilidad de la dermis que puede favorecer la aparición de estrías. Se produce hiperpigmentación de la línea alba, pezones, areolas, genitales, y de cuello y cara (cloasma gravídico). Si aparecen manchas en la cara hay que utilizar cremas de protección solar y evitar la exposición al sol. No se recomienda el uso de cremas despigmentantes en la gestación.
- b. Pelo: Debido al influjo hormonal propio del embarazo tanto puede producirse caída como aumento del cabello.
- c. Uñas: Se vuelven frágiles.
- d. Los sentidos: Algunos de ellos, como el olfato, o gusto, se pueden agudizar.
- e. Sueño: En el primer trimestre puede aparecer más cansancio y necesidad de sueño, si bien algunas mujeres pueden manifestar insomnio.

Cambios en los sentimientos

Cambios generales

En el embarazo, como hemos visto, se producen una serie de cambios físicos y fisiológicos y, del mismo modo, la maternidad en sí genera, en la mujer y en la pareja, una serie de cambios de orden psicológico, así como en la dimensión social, cultural y familiar que los rodea. Ante la futura llegada de un hijo o una hija la madre/pareja (si la tiene) inician un periodo de adaptación mental ante los cambios que van produciéndose y los que quedan por llegar. No se pueden analizar los cambios psicológicos aisladamente, sino que es deseable hacerlo en su conjunto abarcando todas las dimensiones. Han de tenerse en cuenta, especialmente, las grandes diferencias que existen en el modo de vivir la gestación, y los cambios que ésta trae aparejados en mujeres de distintas edades, distintos orígenes étnicos o culturales, diferentes medios económicos o que presentan algún tipo de discapacidad o dificultad de adaptación social.

Entre las situaciones que pueden favorecer/interferir en este periodo de cambios y adaptación, diversidad de autores y autoras destacan las siguientes vivencias que pueden ser percibidas por la mujer como difíciles de manejar:

- a. La planificación del embarazo.
- b. Deseo de gestación.
- c. Aceptación o no aceptación. Aunque las sesiones de Preparación al Nacimiento y Crianza no son el mejor momento para abordar la aceptación del embarazo de cada mujer embarazada y su pareja, sí que es positivo hacer referencia a los sentimientos de ambivalencia (rechazo o falta de aceptación, entre otros) que aparecen frecuentemente en un número relativamente alto de gestantes. Conviene comunicar que a menudo estos sentimientos van modificándose y produciéndose una mayor aceptación de la gestación a medida que esta avanza.
- d. Edad materna muy avanzada o escasa. Las gestantes adolescentes pueden presentar una problemática especial durante el embarazo a la que hay que prestar una especial atención, primando un enfoque positivo de salud, facilitando apoyo emocional, y promoviendo el fortalecimiento de habilidades y competencias propias para la asunción de responsabilidades futuras de maternaje.
- e. Situación socio-económica.
- f. Número de embarazos previos.
- g. Experiencias anteriores.
- h. Situación de convivencia y entorno cercano. En la actualidad, existen variadas formas de acceso y vivencia de la maternidad, con o sin pareja. En cualquier caso, resulta relevante abordar las características del círculo familiar y de allegados, la calidad de las relaciones de convivencia (si las hay), y, la disponibilidad de estrategias de afrontamiento personal y de recursos afectivos y de apoyo emocional del entorno, necesarios para manejar el proceso de embarazo.
- i. Problemas físicos.
- j. Readaptación a la propia imagen.

Cambios en el primer trimestre

En este tiempo es conveniente destacar el periodo de incertidumbre que genera la gestación: sorpresa y desconcierto, inquietud, ilusión y preocupación, euforia y alegría, tristeza o miedo a la posible pérdida del bebé, entre otras posibles emociones que pueden aparecer. La adaptación a los numerosos y rápidos cambios que tienen lugar en el cuerpo de las mujeres y en su vida en general, puede implicar variaciones en el estado de ánimo. Es importante acompañarles en este periodo especialmente vulnerable, con información útil y oportuna sobre el proceso que están viviendo, ayudarles a identificar fuentes de apoyo, y fortalecer recursos personales de autoeficacia y autoestima.

Cambios en el segundo trimestre

El segundo trimestre suele ser expresado por la mujer como un periodo de serenidad y tranquilidad. La mujer percibe que los cambios son sinónimos de una gestación en desarrollo y los primeros movimientos del bebé son buena muestra de ello, ayudando a ir apartando las inquietudes y temores.

Cambios en el tercer trimestre

El tercer periodo de la gestación generalmente se inicia con un sentimiento de tranquilidad que poco a poco puede ir transformándose en inquietud. A veces puede surgir temor al parto ante la gran cantidad de estereotipos sociales negativos en torno a éste. Y también pueden aparecer preocupaciones por la salud del bebé, o por la necesidad de atender de manera inminente nuevas demandas de cuidado y de autocuidado postparto. No obstante, en la actualidad, muchas mujeres tienen variado conocimiento, expectativas y deseos de vivir el proceso de parto y nacimiento de manera consciente e implicada, y de una manera más o menos natural o medicalizada. En cualquier caso, es importante que las y los profesionales sanitarios transmitan información adecuada y suficiente, mucha serenidad en relación con el proceso fisiológico que es el parto y nacimiento, así como autoconfianza y confianza en la atención sanitaria a su disposición.

La familia: espacio esencial de socialización

Descripción

La familia es la unión de personas que comparten un proyecto de vida común, que establecen intensas relaciones afectivas y en la que las personas adultas se encargan del cuidado y la educación de hijos e hijas. Es el contexto más adecuado para el crecimiento de los niños y las niñas.

Tipos de familia

En los últimos tiempos los modelos de familia han cambiado notablemente en el conjunto de las sociedades occidentales y también en España. No obstante, todos los modelos de familia (tradicionales, monoparentales, de acogida, etc.) pueden cumplir con la función contextual a la que se hacía referencia anteriormente. Es importante destacar que no son las relaciones de consanguinidad o los lazos legales los que

favorecen el desarrollo integral de los niños y las niñas, sino más bien la existencia de un entorno en el que se busque conscientemente la estimulación de los hijos e hijas y en el que existan unas relaciones humanas en las que prime la comunicación y el afecto.

Desarrollo personal de madres/padres/cuidadoras/cuidadores

Satisfacción vital y autoestima de los futuros padres y madres

La autoestima es la valoración global que toda persona hace de sí misma. Es el resultado de un proceso que se extiende a lo largo de toda la vida, comenzando en la infancia a partir de las primeras experiencias de aceptación y rechazo por parte de las personas que nos rodean. Cuando esas personas, especialmente las que tienen una relación afectiva con el niño o niña, se refieren de forma reiterada a sus defectos, errores o aspectos negativos, estarán fomentando una baja autoestima. Por el contrario, cuando se destacan logros y rasgos positivos se estará contribuyendo a la construcción de una buena autoestima.

En realidad no hay una relación directa entre las características objetivas de una persona y su autoestima, ya que la baja valoración que algunas personas hacen de sí mismas suele estar influida por ciertas distorsiones del pensamiento que les llevan a tener una visión muy equivocada. Así, las personas con baja autoestima tienden, por ejemplo, a pensar que si fracasaron alguna vez, lo harán siempre. O a echarse las culpas de todos los fracasos, asumiendo la responsabilidad de forma exclusiva y empleando términos muy peyorativos para referirse a sí mismas (torpe, mala, fracasada). También pueden mostrarse muy exigentes consigo mismas y manifestar un pensamiento polarizado que les lleva a considerar la realidad en términos absolutos de blanco o negro, de éxito o fracaso, sin aceptar situaciones intermedias. Otra característica de estas personas es su tendencia a considerar que sus sentimientos se corresponden con la realidad, y que las cosas son tal y como ellas las perciben, no mostrando conciencia de sus distorsiones cognitivas: *“No es que yo me sienta un inútil total, es que realmente lo soy”*. La autoestima es importante no sólo en relación con los sentimientos que la persona tiene respecto a sí misma, sino por su influencia en la forma de comportarse. Así, por ejemplo, algunas mujeres con baja autoestima pueden tener sentimientos de inseguridad con respecto a sus competencias como futuras madres, y esa inseguridad suele transformarse en una maternidad dubitativa y dependiente del entorno. Y es que, con frecuencia, el miedo al fracaso es un sentimiento que dificulta a la persona la planificación efectiva de las metas personales.

Precisamente en esta etapa, la idea de ser **"madres y padres perfectos"** puede plantear unas exigencias excesivas que provoquen ciertos desajustes personales en los futuros padres y madres. Por ello, el profesional debe insistir en la idea de que tanto la madre como su pareja se planteen objetivos realistas, evitando tener ambiciones o metas imposibles.

Será muy importante preguntar a los futuros padres acerca de sus sentimientos con respecto a la maternidad o paternidad y sobre cómo se perciben a sí mismos como futuros padres y madres. Como norma general, aunque especialmente en aquellos casos en los que se



detecte una escasa confianza en sus competencias parentales, habrá que reforzar los sentimientos positivos al respecto y recomendar su participación en las sesiones de Preparación al Nacimiento y Crianza. Será importante hacerles ver que son tan competentes como cualquier otra persona para ser un buen padre o una buena madre. También será prioritario dejar claro que no existen los padres y madres perfectos, para evitar que las embarazadas y sus parejas se planteen metas imposibles de alcanzar.

Más concretamente, se podrían hacer algunas recomendaciones o sugerencias, tales como:

- a. Pensar en cosas que les hagan sentirse orgullosos y bien con ellos mismos, aunque sean pequeños detalles (un plato que cocinan bien, la relación con un sobrino, algún rasgo físico propio, etc.).
- b. Aceptar que no son perfectos, pues nadie lo es, que cometen errores y que deben tratar de aprender de ellos para no repetirlos.
- c. Evitar comparaciones con otras personas: todos tenemos defectos y cualidades positivas.
- d. Hacer esfuerzos por mejorar, tratando de superar aquellos aspectos con los que no se sientan a gusto: aprendiendo cosas nuevas, haciendo planes para cambiar, planteando objetivos a alcanzar, etc.
- e. Ponerse metas alcanzables que hagan que vayan recuperando la confianza poco a poco en su capacidad para conseguir logros.

Promoción de roles igualitarios



La corresponsabilidad es entendida como el reparto equitativo tanto de las tareas domésticas como de otras responsabilidades familiares entre los miembros de un mismo hogar, independientemente del número de miembros que lo compongan, el sexo de los mismos y el rol que desempeñen en la familia (pareja, padre, madre, hijo, hija, etc.).

Hacerse responsable de una tarea implica compromiso, tanto en la ejecución como en la organización y el resultado de la misma.

De este modo, cabe destacar que la corresponsabilidad no significa sencillamente ayudar al otro a alcanzar unos objetivos. Ayudar en una tarea denota cooperación, pero estando libre de responsabilidad, de modo que la carga del cumplimiento final de esa labor no recaería sobre la persona que ayuda, sino sobre la que es ayudada, manteniéndose de este modo un reparto desigual.

Actualmente, la composición de la familia tradicional está cambiando, al igual que las funciones a desempeñar por cada miembro de la misma. Cada vez son más las mujeres que trabajan fuera del hogar y los hombres que comienzan a participar, no sólo en las tareas domésticas, sino también en la educación y cuidado de los hijos e hijas. A pesar de esta tendencia, aún es frecuente encontrar familias donde no se producen repartos

igualitarios, bien porque la mujer se ha incorporado al mercado laboral con mayor rapidez que el hombre al terreno doméstico, o bien porque el reparto que se establece en el hogar es pseudoequitativo, dado que sigue siendo la mujer la que organiza y se encarga principalmente de los hijos e hijas, mientras que los hombres “ayudan” a sus parejas en el cumplimiento de estas labores. Es decir, se podría decir que la mujer ha salido de casa pero el hombre aún no ha entrado en ella.

El desequilibrio en el reparto de responsabilidades es la causa principal de desigualdad en el empleo del tiempo entre hombres y mujeres, lo que repercute tanto en su salud como en su bienestar personal. Sin embargo, la promoción de la corresponsabilidad en el hogar conlleva numerosas ventajas entre las cuales destacan:

- a. La mejora de la calidad de vida de todos los miembros de la familia, dado que se evitan muchos de los conflictos y tensiones que suelen generarse en el hogar.
- b. Que todos y todas dispongan de tiempo libre para sí mismos, para dedicarlo a otras actividades de ocio, formativas, etc., que permitan el desarrollo de la persona en otros campos, lo que favorecerá su autonomía y bienestar tanto personal como social.
- c. Disponer de más tiempo para poder disfrutarlo en pareja, pudiendo compartir nuevas experiencias que fortalecerán la relación e incrementarán la complicitad y comprensión mutuas.
- d. Conocer mejor a los propios hijos e hijas, dado que se dispondrá de momentos para participar en su crianza y educación. Además, dicha participación favorecerá el aumento del bienestar y la autoestima tanto de las personas adultas como de los propios hijos e hijas, al disponer de más tiempo para estar juntos.
- e. Aprender nuevas competencias y habilidades que permitan mejorar nuestras condiciones de vida (por ejemplo, aprendiendo a organizar y compaginar diferentes tareas).
- f. Compartir la carga de ser quien sostiene la familia.
- g. Fomentar los valores de igualdad, libertad y justicia en casa, que servirán de referentes a los más pequeños, lo que será una clara apuesta por el desarrollo de una ciudadanía responsable.

Por todo ello, es importante recalcar la importancia de comenzar a poner en práctica las estrategias correspondientes para lograr establecer en el hogar un reparto igualitario de roles, incluso antes de la llegada del bebé. Sin embargo, como se ha comentado con anterioridad, en cada hogar nos encontramos con situaciones diferentes: familias monoparentales, homoparentales, extensas, nucleares, parejas primerizas, con más hijos, con circunstancias laborales diversas, etc. Cada situación requerirá cubrir diferentes necesidades, por lo que cada familia debe buscar aquellas soluciones que mejor se adapten a su propia realidad.

Entre los recursos y estrategias que pueden emplearse para el logro de dicha corresponsabilidad en el hogar se encuentran:

- a. **La negociación.** Es imprescindible decidir quién se va a hacer cargo de las diferentes responsabilidades, involucrando a toda la familia. Para ello, es importante contar con los intereses de cada miembro, así como tener en cuenta

los tiempos y responsabilidades de cada uno, además de otras características como la edad (no tienen las mismas responsabilidades un adulto que un menor). De esa manera se asegurará un reparto justo y equitativo.

- b. Confiar y delegar.** No se trata únicamente de dejar que otras personas hagan una tarea, sino que se debe delegar en ellas la responsabilidad de su realización. Para ello, es imprescindible aprender a confiar.
- c. Aprender y/o enseñar.** Cualquier miembro de la familia puede colaborar, tan solo habrá que ser pacientes enseñando o aprendiendo las nuevas obligaciones. Además, cada persona puede aportar algo nuevo, dado que no hay una única forma de hacer las cosas, y estas variaciones enriquecen tanto a la persona que las incorpora, como al grupo familiar.
- d. Pactar.** Habrá momentos en los que se requiera una revisión del reparto, bien porque surjan nuevas responsabilidades en alguno de los miembros, por un cambio de horarios en los turnos de trabajo, etc. La distribución no debe ser estricta, sino que debe adaptarse a los cambios que se puedan ir generando en el núcleo familiar.
- e. Educar en la igualdad.** Para educar a los hijos e hijas en la igualdad, hay que potenciar sus valores y capacidades individuales sin tener en cuenta estereotipos sexistas o ideas preconcebidas sobre las características que deben tener las niñas y los niños.

Vinculación prenatal

Concepto de apego

El concepto de apego hace referencia a la vinculación afectiva que se establece entre el bebé y sus principales cuidadores. Lo más importante para que ese vínculo sea de calidad es que el adulto tenga una presencia estable en la vida del bebé, muestre sensibilidad hacia sus necesidades y le aporte cuidados eficaces. Es así como el bebé irá construyendo un sentimiento de seguridad basado en la idea de que ha llegado a un mundo donde se le cuida y se satisfacen sus necesidades, tanto físicas como emocionales.

Los vínculos que establecen niños y niñas con sus madres y padres son las relaciones afectivas más importantes e influyentes en la infancia. No obstante, más allá de las madres y los padres, los niños y las niñas tienen la capacidad de desarrollar apegos seguros con otras personas, siempre y cuando cumplan las condiciones que acaban de comentarse: tengan una relación estable con ellos, sean personas sensibles a sus necesidades y sepan satisfacerlas adecuadamente. Es muy importante que los niños y las niñas desarrollen este vínculo de seguridad porque va a influir en otras características de su personalidad (por ejemplo, su capacidad para relacionarse con los demás satisfactoriamente, su salud mental, su satisfacción vital), en cómo se van a percibir a sí mismos y a los demás, y en cómo van a establecer otras relaciones importantes a lo largo de su vida (con los amigos, con la pareja, e incluso con sus propios hijos e hijas).

El sistema de apego está configurado por tres componentes básicos:

- a. A través de las **conductas de apego** se persigue la proximidad y el contacto con la figura de apego. Así, cuando existe un malestar (por ejemplo, si el niño o la niña está enfermo o no sabe dónde está su cuidador) se activa el sistema de apego, provocando conductas como el llanto, la vocalización o la orientación visual hacia la figura de apego, que tienen el objetivo de atraer al cuidador y desactivar esa alerta. El repertorio de conductas es amplio, y cada niño o niña despliega aquellas que encuentra más útiles, de forma que mientras que un niño o niña llora para conseguir la proximidad de su madre, otro simplemente la busca con la mirada.
- b. Los **modelos internos de apego** son las representaciones mentales sobre uno mismo, sobre los demás y sobre las relaciones interpersonales, construidas a partir de las experiencias de vinculación y de las emociones asociadas a esas experiencias, que se interiorizan en la mente generando una serie de expectativas y creencias sobre cómo responderán los demás a sus necesidades y sobre uno mismo como persona merecedora o no de cariño y protección. Es decir, el niño o niña, a partir de la relación con su o sus figuras de apego, aprende qué debe esperar de las personas cuando expresa deseos o necesidades y en qué medida él o ella merece esas atenciones.
- c. Finalmente, entre los componentes básicos del sistema de apego también se encuentran los **sentimientos** referidos a uno mismo y a la figura de apego. Cuando el niño está convencido del cariño y de la eficacia con la que el cuidador responderá a sus necesidades, la relación se caracterizará por sentimientos de seguridad y confianza, así como bienestar ante la proximidad de la figura de apego o frustración ante la separación. Un vínculo de apego generado a partir de un cuidador poco sensible, se relaciona con sentimientos como la inseguridad emocional y la desconfianza.

El sistema de apego también se relaciona con otros sistemas de conducta cruciales en el desarrollo evolutivo, como es el de *exploración* (o tendencia a interesarse por el entorno), el de *afiliación* (o tendencia a interesarse por las personas y establecer relaciones) y el de *miedo a los extraños* (o tendencia a relacionarse con cautela con las personas desconocidas, que se manifiesta de manera llamativa a partir de los 8-9 meses y que forma parte del desarrollo normal, ya que, con él, el niño o niña se protege de potenciales peligros). Teniendo en cuenta la relación entre estos sistemas de conducta, la figura de apego debe saber cumplir dos funciones básicas. Por un lado, la de animar al niño o niña a sentirse seguro para explorar su entorno físico y social, y, por otro, la de estar disponible para funcionar como refugio de seguridad cuando el niño o niña acuda a ella buscando consuelo o refugio porque tiene miedo, porque está cansado, porque está llorando y necesita consuelo, se ha caído o necesita cualquier otro tipo de atención.

Estilos de apego

Existen distintos estilos de apego, que se desarrollarán principalmente en función de la calidad de la interacción y el cuidado que las madres y los padres muestren.

- a. El estilo de **apego seguro** se establece en aquellas vinculaciones en las que la figura de apego se muestra sensible con el niño y atiende sus necesidades de forma adecuada, creándose una relación marcada por la sincronía. Este tipo de interacciones van generando en el niño o niña una serie de expectativas positivas sobre el cuidador y una confianza en su disponibilidad y eficacia. Un niño o una niña con estilo seguro reclama la atención de la figura de apego cuando la necesita (llorando, mirándola, aproximándose a ella). Cuando la figura de apego está presente, estos niños y niñas se sienten seguros para explorar el mundo físico y social, mientras que se muestran ansiosos ante la separación de la figura de apego, disminuyendo esa ansiedad cuando se reencuentran con ella.
- b. Las figuras de apego de los niños y las niñas con un estilo de **apego inseguro ambivalente** se caracterizan por ser imprevisibles, ofreciendo respuestas ante las necesidades del menor que en ocasiones son adecuadas, pero que en otras no lo son, mostrando de esta forma una sensibilidad incoherente. Dado que el cuidador no siempre atiende la llamada del bebé, los niños y las niñas con estilos inseguros ambivalentes han aprendido a desconfiar de la respuesta que van a recibir por parte del adulto, por lo que exageran las conductas de apego para aumentar la probabilidad de que el cuidador responda de forma eficaz. Son niños y niñas que generalmente exhiben una mínima exploración del entorno en presencia de la figura de apego y que se muestran muy cautelosos ante los extraños. Los menores con este estilo de apego muestran mucha ansiedad ante la separación de la figura de apego, pero se resisten a ser consolados cuando la figura de apego vuelve, manifestando un comportamiento ambivalente.
- c. El estilo de apego **inseguro evitativo** se deriva de interacciones con adultos que de forma habitual ignoran o responden de forma fría, distante o insensible a las demandas del menor. El niño o niña no espera una respuesta adecuada a sus necesidades, por lo que aprende a disminuir sus conductas de apego. Se trata de niños y niñas que muestran una alta exploración del entorno, independientemente de que la figura de apego esté o no presente. Del mismo modo, exhiben una baja ansiedad ante la separación de la figura de apego y se muestran más bien indiferentes cuando regresa.
- d. Cuando el cuidador se convierte en una fuente potencial de protección, pero al mismo tiempo supone una amenaza (porque grita, castiga, pega, hace daño, pero a veces cuida y atiende), el niño o la niña encuentra muchas dificultades para desarrollar una estrategia eficaz de comportamiento con la figura de apego, desarrollando un estilo de **apego desorganizado**. Se trata de niños y niñas que muestran un comportamiento muy confuso y aturdido, con una mezcla de aproximación y evitación hacia su figura de apego, que refleja la ausencia de una estrategia organizada y coherente. Se ha encontrado cierta relación entre el estilo de apego desorganizado y el maltrato, de forma que un porcentaje significativo de niños y niñas con apegos desorganizados ha sufrido malos tratos por parte de sus figuras de apego.

Aunque el estilo más saludable de apego es el seguro, no puede decirse que los niños y las niñas con apegos inseguros ambivalentes y evitativos tengan una patología del apego. Sus circunstancias de crianza han hecho que desarrollen estilos de relación que

causan más tensión, inseguridad y ansiedad que el apego seguro, pero son niños y niñas con capacidad para relacionarse con los demás de forma adecuada. El estilo de apego desorganizado, sin embargo, constituye un patrón de mayor riesgo. Aunque no esté técnicamente definido como un trastorno patológico del apego, constituye un factor de riesgo para futuros desajustes emocionales.

Es importante tener en cuenta que niños y niñas desarrollan el estilo de apego que les resulta más adaptativo para el contexto en el que están creciendo (por ejemplo, los niños y las niñas de apego inseguro ambivalente expresan más emociones precisamente porque de esa manera aumenta la probabilidad de que en algún momento reciban una atención sensible; por el contrario, los niños y las niñas de apego evitativo minimizan la expresión de emociones porque “saben” que, si lo hacen, o son ignorados o provocan el rechazo de sus cuidadores). Aproximadamente las dos terceras partes de los niños y las niñas muestran apegos seguros, repartiéndose el tercio restante entre los estilos de apego restantes.

Existen **características particulares** del adulto y de los niños y las niñas que también influyen en el estilo de apego desarrollado. Algunas características personales y experiencias previas intervienen en la forma determinada en la que **el adulto** se relaciona con su hijo o hija: su propia historia afectiva (especialmente el estilo de apego que estableciera en la infancia con sus propias figuras de apego y que hará que el cuidador tenga una serie de expectativas e ideas sobre las relaciones con los bebés que podrá proyectar, en mayor o menor medida, en la relación con su hijo o hija); las propias características de personalidad del adulto (por ejemplo, un tipo de personalidad más dependiente o insegura puede promover un estilo de interacción intrusivo con el bebé, limitándole la exploración del entorno y favoreciendo una mayor inseguridad en el apego del menor); la autoestima (que favorece la seguridad en los vínculos); la psicopatología (relacionada con una mayor inseguridad en el vínculo); o el apoyo social (que promueve prácticas positivas de crianza que favorecen la seguridad en el apego). Estas características influirán en la manera en la que las figuras de apego interpreten y respondan a las necesidades de los menores.

Por su parte, las **características de niños y niñas** también pueden fomentar una mayor o menor seguridad en el estilo de apego establecido. El temperamento del bebé, que sea prematuro o que presente algún tipo de discapacidad o de enfermedad crónica son factores que, al plantear más exigencias, frustraciones y dificultades a los cuidadores, podrían repercutir en la calidad de las relaciones. Estas características influyen en la interacción en la medida en la que pueden añadir factores de estrés al cuidado, pero lo determinante será cómo respondan las personas adultas a las necesidades particulares de ese menor y si afrontan con sensibilidad estas situaciones estresantes.

Puesto que, como se ha comentado, todos los niños y las niñas se verán beneficiados por una buena dosis de sensibilidad por parte de sus madres y padres, debemos potenciarla, resaltando en el trabajo con padres y madres la importancia de estar pendientes, ser sensibles y responder coherente y positivamente a las necesidades expresadas por sus hijos e hijas.

Vinculación prenatal

Durante el embarazo se va iniciando un tipo de interacción que supone la base de la construcción del vínculo afectivo entre el niño y su madre. A esta relación que se establece antes del nacimiento se le conoce como vinculación prenatal.

Desde los 5 ó 6 meses de gestación, el feto puede percibir los sonidos o los cambios de luz que se producen fuera de la matriz y que proceden del exterior, el estado emocional materno y las presiones de tacto a través del vientre. Es así como el bebé va empezando a acostumbrarse al tono de voz y las caricias de las personas que están más en contacto con él.

Desde que la mujer tiene conocimiento de la noticia de su embarazo, y especialmente a partir del momento en el que empieza a sentir los movimientos del feto, en torno al cuarto o quinto mes, va desarrollando la imagen que tiene de él como ser con identidad propia. Sobre todo en los últimos meses de embarazo, la madre puede ir reconociendo ciertos ciclos y patrones de actividad fetal (por ejemplo, sus movimientos) que le ayudarán a imaginarlo como un ser independiente.

Muchas mujeres embarazadas comienzan a comunicarse con su bebé durante el embarazo (especialmente a partir del segundo trimestre de embarazo, etapa en la que los avances en el desarrollo sensorio-motor del feto le permiten establecer cierta interacción con su madre), sintiendo sus movimientos, hablándole y acariciando su barriga. Esta interacción permitirá a la madre ir adquiriendo una sensibilidad cada vez mayor hacia su hijo. Resulta conveniente que el profesional refuerce y motive dicha sensibilidad.

La construcción de una relación de vinculación entre el bebé y su madre comienza a formarse mucho antes del momento del nacimiento. Por ello es importante que madres y padres se relacionen con su bebé desde el periodo prenatal, mostrando una escucha activa que les permita percibir las señales y las manifestaciones que su bebé transmite (especialmente a través de los movimientos fetales) y mostrándole su afecto a través del habla y las caricias.



Muchas embarazadas no desarrollan un vínculo profundo con su bebé hasta el momento del parto o incluso posteriormente (sobre todo las mujeres que han tenido complicaciones durante el embarazo, que han experimentado un aborto espontáneo previamente o un parto complicado). Por ello, a pesar de lo dicho anteriormente conviene transmitir la idea de que a veces los sentimientos de vinculación profunda no se construyen hasta tiempo después de que el bebé haya nacido, y que, si eso ocurre, es también algo normal.

De esta forma se ayudará a aliviar muchos sentimientos de culpa y de desconcierto que viven muchas mujeres cuando no experimentan los fuertes sentimientos de vinculación que esperaban tener desde el principio. Con aquellas embarazadas que no muestran

esta sensibilidad o que no se sienten aún vinculadas a su bebé a pesar de sentir sus movimientos fetales, conviene que el profesional le ayude a normalizar sus emociones y prevenir posibles sentimientos de culpa. No obstante, se les asesorará sobre estrategias concretas que pueden realizar para favorecer la vinculación con su bebé desde el periodo prenatal.

Las recomendaciones que se le darán para favorecer la vinculación prenatal son las siguientes:

- a. **Hablar, susurrar e incluso cantar al bebé para que se habitúe a su voz, así como para fomentar un estado de relax y calma en el feto.**
- b. Tocar el vientre para sentir los movimientos fetales, y dar suaves masajes y caricias para relacionarse con el bebé.
- c. **Escuchar los latidos de su corazón a través de las ecografías en la consulta para sentirse más cerca del bebé.**
- d. Informarse sobre el embarazo y el nacimiento, así como sobre el desarrollo evolutivo del bebé a lo largo del embarazo, evitando informaciones con énfasis en las patologías.
- e. Asistir a los controles periódicos del embarazo y a las sesiones grupales de preparación al nacimiento y crianza.
- f. **Realizar un diario familiar, donde desde los primeros meses de gestación madres y padres escriban sobre los eventos, la historia de la familia, emociones, pensamientos y planes sobre el futuro.**

Es cierto que la vinculación prenatal es más fácil de establecer en el caso de la madre (ella tiene sensaciones directas del feto) que del padre. No obstante, también él puede experimentar estos sentimientos y, de hecho, es deseable que así ocurra y, en cualquier caso, también se pueden fomentar motivándole a llevar a cabo de forma habitual las estrategias y recomendaciones presentadas. Se ha demostrado que la interacción temprana entre el padre y el bebé promueve la sensibilidad paterna para interpretar las señales y necesidades del pequeño y atenderlas de forma adecuada, así como para promover el vínculo entre ambos. Por ello, es importante que el profesional sanitario implique y motive a las parejas de las mujeres embarazadas a realizar también las estrategias que promueven la vinculación prenatal, asistir junto a la madre a los controles periódicos del embarazo y a las sesiones grupales de preparación al nacimiento y crianza, tomar de forma conjunta todas las decisiones relacionadas con el bebé (accesorios, elección del nombre, etc.) y aconsejar la asistencia de la pareja al parto. También resulta conveniente promover la vinculación prenatal con otros familiares, especialmente con los hermanos.

Influencias del estado emocional materno en el bebé

Durante el periodo prenatal existe una conexión mutua entre la madre y el bebé, donde el bienestar y estado emocional de uno afecta al otro y viceversa. Las primeras

experiencias que el bebé tiene con el mundo exterior se producen a través del cuerpo de su madre. El bebé percibe no sólo los estímulos externos que ésta recibe, sino también sus sentimientos y emociones. Mucho antes de que nazca, el feto ya es capaz de captar los distintos estados de ánimo de su madre e, incluso, de presentar sensaciones fisiológicas similares.

Los cambios emocionales que experimenta la madre desencadenan la liberación de ciertas sustancias químicas en el torrente sanguíneo que pueden pasar a través de la placenta a la sangre del bebé. Con la ira, por ejemplo, se libera adrenalina, con el miedo, dopamina y la endorfina es liberada ante estados de alegría y euforia.

Aunque lo que más beneficia al bebé en formación es un estado emocional tranquilo y positivo, no hay que agobiarse si en algún momento se tienen emociones negativas del tipo que sea. Así, por ejemplo, el organismo fetal tiene algunos mecanismos biológicos que le sirven para hacer frente a situaciones transitorias de estrés, de forma que cuando esas situaciones se dan secreta hormonas que, como el cortisol, sirven para defenderse de esas circunstancias. De esta forma, mientras que el estrés crónico elevado puede llevar a consecuencias negativas, situaciones transitorias de estrés deben ser vividas como parte de las inevitables rutinas y circunstancias de la vida diaria.

Cuando, por el contrario, el estrés es persistente y excesivo, es posible que afecte negativamente al feto. Cuando la tensión es permanente los niveles de cortisol de la madre se descontrolan y puede terminar atravesando la barrera de la placenta y afectar al bebé. Cuando la madre está excesivamente ansiosa, temerosa o molesta, bombea adrenalina al torrente sanguíneo, lo que incrementa la tasa cardíaca, la presión sanguínea, la respiración y los niveles de azúcar y aleja la sangre de la digestión hacia los músculos esqueléticos con el fin de preparar al cuerpo para realizar acciones de emergencia. Estos cambios físicos también se transmiten al feto, pues la adrenalina cruza la placenta y llega a la sangre del feto, quien se muestra más activo cuando la madre está estresada. En algunos casos extremos, este tipo de estrés podría incluso llegar a frenar el crecimiento del feto, debilitar sus defensas inmunológicas, acelerar la maduración de sus órganos e incluso interferir en el correcto desarrollo de su cerebro; consecuentemente, las posibilidades de riesgo de parto prematuro se incrementarían. Las mujeres embarazadas deben evitar las emociones fuertes negativas, especialmente en los periodos más sensibles y de mayor riesgo en el embarazo, es decir en el primer trimestre de gestación, donde el riesgo de aborto es mayor, y en el tercero, cuando aumenta la probabilidad de un parto prematuro. Hay que insistir a las embarazadas en que asistan a todos los controles del embarazo, donde el profesional pueda hacer un seguimiento y control del estado emocional materno. Si se busca apoyo profesional de manera preventiva, es posible minimizar los posibles daños en el feto.

Preservar la salud física y emocional de la madre es primordial para el óptimo desarrollo intrauterino del bebé e incluso para su salud futura. Las siguientes recomendaciones pueden ser de utilidad para que las embarazadas mantengan un estado emocional positivo:

- a. Mantener un buen estado físico y un estilo de vida saludable.
- b. Intentar que el embarazo transcurra en un ambiente seguro y tranquilo.

- c. Evitar, en la medida de lo posible, las emociones fuertes e intensas, intentando llevar una gestación tranquila y serena.
- d. Expresar emociones, tanto las positivas como las negativas. No ocultar sus sentimientos ni interiorizar la ira o la ansiedad que sienta.
- e. Atender y escuchar las señales que le manda su bebé, mostrarle su afecto y verbalizarle sus sentimientos, transmitiéndole tranquilidad y seguridad.
- f. Promover la creación y el fortalecimiento de redes de apoyo y tomar conciencia sobre su importancia durante el embarazo. Pedir ayuda a su pareja y familiares en todo lo que necesite (en las tareas del hogar, en los preparativos para el bebé, en las visitas médicas, etc.).
- g. Prestar especial atención a los niveles de estrés que presenta en los distintos momentos del embarazo. Identificar las causas del estrés, tanto en el trabajo como en su vida personal, y afrontarlas de manera eficaz.
- h. Aprender a mantener la calma en los momentos difíciles y de tensión.
- i. Poner en práctica ejercicios de respiración y relajación cuando se encuentre estresada.
- j. Informarse y utilizar las redes de apoyo y los recursos existentes.
- k. Realizar actividades que generen sensación de bienestar, como practicar algún hobby, bailar, o llevar a cabo actividades conjuntas con su pareja.

Ante aquellas situaciones que desencadenan un alto nivel emocional y sufrimiento de manera permanente, donde la mujer embarazada no puede modificar o eliminar la fuente de estrés (por ejemplo, una constante y fuerte presión en el trabajo, acontecimientos vitales como la muerte de un familiar muy cercano, o el rechazo a un embarazo no deseado, entre otros), resulta conveniente prevenir en las futuras madres posibles sentimientos de frustración y culpa por no poder mantener un estado de calma y bienestar en tales situaciones.

Estos sentimientos de culpa e impotencia pueden llegar a ser más perjudiciales que la propia vivencia del estrés. El profesional sanitario de referencia durante el embarazo debe evaluar el estado materno (utilizando escalas diseñadas a tal efecto) y preservar el bienestar de la madre y el bebé, y, si procede, derivar a servicios más especializados.

Salud y embarazo

Alimentación

Se debe tener en cuenta que una alimentación adecuada debe incluir alimentos que contengan todos los elementos básicos. Para que sea equilibrada, a lo largo del día la gestante ha de comer por lo menos un alimento de cada uno de estos cuatro grupos:

1. Carne, pescado, huevos, legumbres.
2. Frutas y verduras.
3. Leche, yogur, queso.
4. Pan, patatas, arroz, pastas

Es conveniente utilizar sal yodada en cantidad moderada.

No hay razones que justifiquen el “comer por dos”.

Se debe usar aceite de oliva para aliñar, freír y cocinar.

No existe ningún alimento imprescindible.

En general, los principales consejos alimenticios, a fin de conseguir una dieta equilibrada y adecuar la ingesta calórica a los requerimientos del embarazo, son los siguientes:

- a. Evitar tomar azúcar en exceso, reduciendo el consumo de dulces.
- b. Son poco recomendables las conservas y la comida preparada o precocinada, lo que incluye alimentos como las patatas fritas y la bollería industrial.
- c. Deben evitar irregularidades y desórdenes en los horarios de las comidas.
- d. Si la gestante no es inmune a la toxoplasmosis (parásito que se aloja en la carne cruda, tierra y heces de animales), se le debe informar que el contagio en el embarazo puede tener graves efectos sobre el feto, por ello, si la mujer no está inmunizada, se le debe aconsejar que cocine la carne a más de 66° C, o congeladas a -21°C durante 48 horas, evitar las hamburguesas y los embutidos o productos elaborados con carnes crudas. Lavarse las manos después de haber manipulado cualquier tipo de carne cruda, evitando tocar los ojos, nariz o boca, y limpiar bien los utensilios de cocina usados en la manipulación, antes de su nuevo uso. Lavar bien las frutas y las verduras. Si tienen gatos, no se les debe dar carne cruda o poco cocida. En la medida de lo posible se debe evitar tocar el material probablemente contaminado con excrementos y en jardinería se deben usar guantes.
- e. Recomendaciones para una buena digestión:
 - Evitar comidas pesadas.
 - Comer menos cantidad y más frecuentemente.
 - Masticar bien los alimentos.
 - Evitar las bebidas con gas y azúcares añadidos.
 - Después de comer, se aconseja descansar sentada con los pies en alto.
 - Se aconseja beber una cantidad suficiente de líquidos para permanecer bien hidratada por su propia salud y para tener la fuerza necesaria para continuar con su ritmo de vida lo mejor posible (estimado entre 1,5-2 l/día). La mujer debe beber siempre que tenga sed, que es la señal de su organismo que indica que necesita líquidos.

Sustancias tóxicas y agentes peligrosos

Por todos es sabido que el tabaco es perjudicial para la salud de las personas, por lo que el embarazo se convierte en un buen momento para que la mujer y la pareja dejen de fumar, o por lo menos, la pareja no lo haga cuando esté a su lado o en casa. El tabaco es muy perjudicial para el embarazo. Se debe insistir en la necesidad de solicitar ayuda para aquellas mujeres/parejas que deseen dejar de fumar.

Existen más riesgos y probabilidades de anomalías, tales como recién nacidos prematuros, un menor peso al nacer, abortos, etc. Es muy recomendable que se abandone el hábito tabáquico y que se eviten lugares donde se esté fumando, ya que respirar el humo producido por personas fumadoras es también perjudicial para el embarazo.

Una ingesta excesiva de cafeína (más de cinco tazas de café por día) puede provocar irritabilidad en el bebé y dificultad para conciliar el sueño.

En cuanto a las bebidas alcohólicas no existe un nivel que pueda considerarse seguro. El alcohol pasa a la sangre del feto a través de la placenta y puede provocarle daño, pues no está preparado para metabolizarlo, pudiendo producirle malformaciones. No obstante, hay que aclarar que no todas las bebidas tienen la misma concentración de alcohol.

CÁLCULO DEL CONSUMO DE ALCOHOL

El contenido de alcohol de una bebida depende de la concentración de alcohol y del volumen contenido. Hay amplias variaciones respecto a la concentración de las bebidas alcohólicas utilizadas en diferentes países. Esta forma de calcular los gramos de alcohol se ha sustituido, en los últimos años, por el concepto de Unidad de Bebida Estándar (UBE). En España una “**unidad de bebida**” es igual a 10 gramos de etanol puro (Saunders y cols., 1993. Grupo de trabajo de Socidrogalcohol, 1996).

TIPO DE BEBIDA	VOLUMEN	Nº DE UBE
VINOS	1 vaso(100 cc)	1 UBE
	1 litro	10 UBE
CERVEZAS	1 caña (250 cc)	1 UBE
	1 litro	5 UBE
COPAS	1 carajillo (25 cc)	1 UBE
	1 copa (50 cc)	2 UBE
	1 combinado (50 cc)	2 UBE
	1 litro	40 UBE
GENEROSOS	1 copa (50 cc)	1 UBE
	1 combinado (100 cc)	2 UBE
	1 litro	20 UBE

Unos medicamentos son perjudiciales para el bebé y otros no. Conviene consultar al personal sanitario y debe evitarse la automedicación y preguntar siempre. Todo tóxico llega al bebé y, por lo tanto, toma también ese tóxico (pastillas, cocaína, heroína, nicotina, etc.) con lo cual sufrirá sus efectos, así como los del síndrome de abstinencia. No deben tomarse tóxicos y se deberá pedir siempre consejo al personal sanitario antes de consumir fármacos.

Se considera importante no exponer a una mujer embarazada a los rayos X sin una razón que lo justifique, ni tampoco a cualquier otro tipo de radiaciones, sobre todo

durante el primer trimestre del embarazo, porque podrían afectar al feto. En caso de ser necesario, la mujer ha de tener en cuenta que debe comunicar que está embarazada antes de hacer una radiografía, con el objeto de usar protección. Se aconseja permanecer lo más alejada posible de las salas de Radiología.

Higiene y belleza

El embarazo no supone llevar una higiene especial, si bien se deben aconsejar algunas medidas, pues a las mujeres les suelen generar dudas:

- a. Es suficiente la ducha diaria con agua y jabones suaves y neutros.
- b. Es bueno cortar las puntas del cabello para que cobre más fortaleza y vigor.
- c. No se precisan lavados rigurosos de ninguna zona del cuerpo (evitar jabones especiales, más agresivos con la piel), pues provocaría más descamación en la zona y una mayor predisposición a estrías.
- d. En las piernas se aconseja, para prevenir la aparición de varices, alternar el agua fría y caliente, terminando con la fría.
- e. Se aconseja el uso de cremas o aceites hidratantes para evitar que la piel se seque y pierda flexibilidad, prestando especial cuidado en las zonas que van a sufrir un mayor estiramiento (vientre, pecho, parte superior de los muslos, etc.).
- f. No se aconsejan las depilaciones con cera caliente, ya que favorecen la aparición de varices. Usar cremas frías o aparatos eléctricos.
- g. El cuidado de los dientes debe ser el habitual (cepillado dos o tres veces al día), aunque es recomendable que visite al odontólogo al principio de la gestación.
- h. En cuanto a la higiene íntima, lo más adecuado es que se realicen lavados de los genitales externos durante la ducha; se aconseja ropa interior de algodón y si precisa más lavados, se deberán hacer sólo con agua. No se recomienda el uso *salvaslip* ya que no deja que la piel respire con normalidad. Tampoco son aconsejables los desodorantes vaginales.
- i. La ropa no debe tener más consideración que la comodidad y que la mujer se encuentre estéticamente bien. Se recomiendan sujetadores adecuados para proteger las mamas, evitar prendas que aprieten en exceso y calzado de tacón bajo y base ancha.

Cuidados posturales

Todos los movimientos, ejercicios y actividades diarias que lleva a cabo la mujer, deben realizarse con la premisa de que la columna vertebral soporte la menor carga posible.

Sueño y descanso

Se aconseja dormir 8 horas diarias y descansar durante el día varias veces, bien en cama o sentada con las piernas en alto y la columna bien apoyada.

Ocio y deporte

El embarazo y el ejercicio físico son compatibles; las mujeres pueden beneficiarse de ello desde las dimensiones físicas y psíquicas. En general, se recomienda una hora diaria de ejercicio aeróbico: natación, caminar y/o aquellos deportes que no sean bruscos, ni de competición. También son recomendables el Pilates y el yoga. No están aconsejados deportes que conlleven saltos, como correr, ni los de raqueta, ni de contacto, por el riesgo de alteración del suelo pélvico, de sobrecarga articular o de traumatismo abdominal. Asimismo, debe evitarse el buceo, que puede producir problemas por descompresión al bebé. En el embarazo se recomienda que la frecuencia cardíaca materna no sobrepase los 140 latidos/minuto por los cambios en la circulación fetoplacentaria que conlleva la taquicardia materna.

Viajes

Se pueden realizar en cualquier medio de transporte (excepto motocicletas) y cuando se haga en coche se debe descansar cada 2 horas para estirar músculos y activar la circulación venosa, paseando unos 5 minutos como mínimo. En los viajes se deben utilizar las medidas de seguridad, los cinturones, adaptándolos al tiempo de gestación. Los viajes en avión están desaconsejados a partir de las 28 semanas de gestación. No obstante, es bueno consultar a los profesionales por si existiera alguna contraindicación.

Trabajo

No hay ningún problema por el que la mujer tenga que dejar de trabajar en su actividad laboral habitual, salvo en profesiones que conlleven un riesgo para el embarazo. Para ello, es bueno consultar a los profesionales de prevención de riesgos laborales de cada empresa y/o a los profesionales sanitarios.

Es especialmente importante el reparto equitativo de tareas del hogar en la pareja (si la hay) y/o entre los distintos miembros del hogar. La desigual sobrecarga de trabajo doméstico y reproductivo, tiene consecuencias negativas sobre la salud y el bienestar de las mujeres. Durante el embarazo es especialmente relevante propiciar el descanso y autocuidado personal en las mujeres.

En cualquiera de los dos entornos laborales, se aconseja no estar mucho tiempo de pie.

Sexualidad

No existen inconvenientes en que la mujer embarazada siga disfrutando de la sexualidad, teniendo siempre como idea clave que deben respetarse sus deseos y necesidades. Es de suma importancia referirle a la pareja que las dudas, inquietudes, inseguridades y temores sobre este aspecto son normales, por lo que el diálogo entre

ellos y el asesoramiento de los profesionales sanitarios se convierten en piezas claves para vivir la sexualidad con armonía.

Aunque durante el embarazo pueda modificarse la actitud sexual, si se da una buena información a la mujer y a su pareja, pueden vivir una sexualidad plena y de calidad. Por lo tanto, la pareja se puede beneficiar de las relaciones sexuales, no sólo por aspectos físicos, sino por la dimensión psicológica, sentimental y de cariño.

Las etapas del embarazo y los estados de ánimo hacen que cambie el deseo sexual, pudiendo aumentar o disminuir dependiendo de la persona. Al principio, debido a la sensibilidad de las mamas, es posible que aparezcan molestias ante caricias, roces, etc. El miedo a perder el embarazo deseado y abortar, también afecta al deseo y la respuesta sexual. Salvo contraindicación expresada por parte de los profesionales sanitarios (por ejemplo, hemorragias, bolsa rota, prematuridad, etc.), se pueden tener relaciones sexuales con penetración, si bien la frecuencia del coito variará, mientras avance el embarazo, debido a los cambios físicos en general, anatómicos, emocionales y psicológicos. También por influencia de las creencias culturales, los mitos y tabúes. No obstante, cabe destacar que las relaciones sexuales son un concepto amplio y que no deben limitarse al coito, pudiendo realizar prácticas que no interfieran en el estado de la mujer (en el sentido de que no estimulen los genitales internos de la mujer).

En el segundo trimestre, la seguridad y serenidad ante el desarrollo del feto, puede permitir un mayor deseo sexual.

El tercer trimestre el mayor volumen uterino puede provocar incomodidad en algunas prácticas y posturas durante el coito. Por ello se recomienda que la mujer y su pareja busquen la forma en que se encuentren más cómodos.

Vacunación

Es importante que la embarazada presente un estado vacunal correcto, que protege al feto durante el embarazo y al recién nacido hasta los dos primeros meses de vida, cuando recibirá su primera vacuna. La vacuna de la tosferina se administra a partir de la 27-28 semana de gestación y la vacuna de la gripe en cualquier trimestre del embarazo.

Signos de alerta durante el embarazo

El profesional ha de transmitir a la mujer/pareja o acompañante que si aparece algún síntoma de los que se describen a continuación, debe acudir al centro sanitario más cercano, si bien que explicar que estos síntomas no son indicativos a priori, de problemas graves para la madre o el bebé, pero que requieren la valoración profesional.

- a. Pérdida de sangre por vagina.
- b. Dolor abdominal intenso y constante.
- c. Nauseas y vómitos intensos.
- d. Fiebre mayor de 38 grados.

- e. Disminución repentina y acusada de la cantidad de orina.
- f. Dolor y escozor al orinar.
- g. Hinchazón repentina de pies, manos y cara.
- h. Mareos intensos o trastornos de la visión como aparición de manchas, destellos de luz, etc.
- i. Dolor de cabeza fuerte y persistente.
- j. Pérdida de líquido por vagina.
- k. Prurito genital.
- l. Cambio brusco del tamaño del útero.
- m. Ausencia de movimientos fetales, a partir del 5° mes.
- n. Presencia de contracciones fuertes e intensas, o muy frecuentes.