



GOBIERNO DEL ESTADO DE HIDALGO
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA DE HIDALGO
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL - HIDALGO



“La educación prenatal, para favorecer el desarrollo integral del niño en su primer año de vida”.

Selene Guadalupe Cárdenas Fierro



GOBIERNO DEL ESTADO DE HIDALGO
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA DE HIDALGO
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL - HIDALGO



UNIDAD 131

“La educación prenatal, para favorecer el desarrollo integral del niño en su primer año de vida”.

TESINA, MODALIDAD ENSAYO QUE, PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN INTERVENCIÓN EDUCATIVA

PRESENTA:

Selene Guadalupe Cárdenas Fierro

PACHUCA DE SOTO., HIDALGO.

FEBRERO DE 2017



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA DE HIDALGO
SUBSECRETARÍA DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR Y SUPERIOR
DIRECCIÓN GENERAL DE FORMACIÓN Y SUPERACIÓN DOCENTE
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL-HIDALGO

UPN/CT/OI No. 007/2017-I
DICTAMEN DE TRABAJO

Pachuca de Soto, Hgo., 13 de enero de 2017.

C. SELENE GUADALUPE CÁRDENAS FIERRO
PRESENTE.

En mi calidad de Presidente de la Comisión de Titulación de esta Unidad, me permito informarle que, como resultado del análisis realizado a la Tesina Modalidad Ensayo intitulada: *"LA EDUCACIÓN PRENATAL, PARA FAVORECER EL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO EN SU PRIMER AÑO DE VIDA"*, presentado por su tutora *MTRA. MARÍA DE LOURDES REYES PÉREZ*, ha sido **DICTAMINADO** para obtener el título de Licenciada en Intervención Educativa, al haber reunido los requisitos académicos establecidos al respecto por la institución.

Con base en lo anterior, tengo a bien informarle que puede ser presentado ante el H. Jurado que se le designará al solicitar su examen profesional.

ATENTAMENTE
"EDUCAR PARA TRANSFORMAR"



S. E. P. N.
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
HIDALGO

DR. ALFONSO TORRES HERNÁNDEZ
PRESIDENTE
H. COMISIÓN DE TITULACIÓN

C.c.p. - Depto. de Titulación. - Universidad Pedagógica Nacional-Hidalgo.
Documento válido por 60 días a partir de la fecha de expedición.
ATH/SCA/jahm

Agradecimientos

A mis padres, Ana Luisa y Octavio:

Por mostrarme con su ejemplo que la lucha es todos los días, que quien persevera alcanza y que no hay mejor recompensa que la satisfacción de hacer lo que amas. Por ustedes entendí que las cosas se hacen con vocación, con sentimiento y con pasión. Gracias, papás, por la paciencia, por creer en mí, por acompañarme en el camino aun cuando éste no era claro. No hay palabras suficientes, pero no creo que sean necesarias, ustedes saben lo que es para mí poder ofrecerles hoy esta pequeña muestra de cuanto me han hecho crecer. Los amo

A mis hermanos Abril y Emiliano:

Porque han crecido conmigo, no solo con los años, sino con la experiencia. Gracias por enseñarme a ver el mundo de diferente manera, por mostrarme la diversidad de pensamientos, de caracteres, de personalidades y de gustos. Las vivencias no han sido sencillas, pero hay una verdad absoluta y es que los amo.

A mis abuelitos:

Ninguno está aquí físicamente, pero los llevo en mis recuerdos. Cada uno de los cuatro me marcó y me acompañó hasta cierta etapa de mi vida. Hasta donde estén, los tengo siempre en el corazón.

A mi tía Marisol:

Por su apoyo a la familia, por compartir con nosotros todos los momentos trascendentes. Gracias, tía, por haber estado ahí cuando empecé este viaje en la licenciatura, por ofrecerme un espacio no solo en la casa, sino en la vida diaria. Su paciencia es una muestra del enorme corazón que tiene, gracias por hacerme parte de él.

A mis tías y tíos:

Todos desde distintos puntos geográficos o con una manera de ser específica, sus palabras y sus acciones los tengo presentes en mi actuar. Las características y circunstancias de cada uno me han enseñado diferentes cosas sobre la vida. Gracias por compartir su sabiduría.

A Dely:

Gracias por tus consejos, por tu apoyo y por tus palabras de aliento, viviste este camino muy de cerca y no me queda más que darte las gracias por desvelarte conmigo cuando tenía trabajos y por hacerme reír cuando lo que quería era darme por vencida. Gracias por haberme prestado a tus sobrinos sin cobrarme, sin esos niños probablemente no hubiera podido hacer esta tesina. Haz crecido conmigo y quiero agradecerte por los pasos que damos juntas todos los días. Eres mi azul cálido, te quiero con el alma.

A Maggie, Violeta y Paty:

Chiquis, ha sido un camino largo, pero con su acompañamiento la vida es mucho más amena. La diversidad de nuestros pensamientos es lo que hace que nos queramos tanto y que la amistad sea mágica. Manténganse siempre a mi lado, gracias por la travesía y por su paciencia.

A mis maestras y maestros:

Gracias a todas y todos los que formaron parte de mi desarrollo profesional, porque sus aportes me han dado experiencia, conocimiento y motivación para amar la educación. A mi asesora Lulú por su tiempo para guiarme, a la maestra Alejandra por acompañarme en el inicio de este camino y a todas y todos los que no menciono por su nombre pero que si leen esto, sabrán que está dirigido a ustedes, gracias por ofrecer su profesión.

Y a todas las personas que se han cruzado en mi camino dejándome enseñanzas. Gracias.

Índice	Página
Introducción	
Justificación	
Apartado I. Contexto y conceptualización de la Educación prenatal	
1.1 La educación prenatal en el mundo.....	16
1.2 La educación prenatal en México.....	19
1.2.1 Antecedentes.....	23
1.2.2 Programas vigentes de educación prenatal en el país.....	28
Apartado II. El proceso de la vida intrauterina y el vínculo prenatal	
2.1 La concepción humana y etapas de gestación.....	37
2.2 Desarrollo sensorial y cognitivo prenatal.....	41
2.3 Desarrollo psicoafectivo.....	45
Apartado III. El niño y su primer año de vida	
3.1 Vínculo materno – infantil en el primer año.....	56
3.2 Lactancia y apego seguro en el primer año.....	58
3.3 Desarrollo sensorial y cognitivo.....	63
3.4 Desarrollo social.....	68
Reflexiones finales	
Bibliografía	
Anexos	

Introducción

La educación inicial en México está dirigida a niños de cero a cuatro años, esta etapa es considerada un pilar en la conformación de la estructura de la personalidad y de la conducta social, así como un elemento básico en el desarrollo físico y afectivo.

El trabajo con los niños en esta edad se vuelve crucial para potenciar un desarrollo integral, que le permita al niño acceder con mayores posibilidades a las siguientes etapas, tanto de formación escolar como en la vida cotidiana. Por ello, en el país se crean los centros de atención infantil.

Sin embargo, antes de avanzar a esta etapa, es necesario considerar que el proceso empieza desde antes, desde el momento de la gestación. En estudios recientes se han discutido las posibilidades de que el desarrollo psicosocial del niño esté contemplado desde el momento en el que se encuentra en el vientre materno. Por tal motivo y con base en dichos estudios, correspondería al Licenciado en Intervención Educativa conocer acerca de dichos estudios, con el fin de proporcionar a los agentes que rodean al niño, información objetiva que les ayude a atender las necesidades del bebé desde antes de su nacimiento.

Por lo anterior, el trabajo con agentes educativos se vuelve prioritario; la educación prenatal en los ámbitos educativos en el país no es un tema que se trabaje ni del cual se tenga amplio conocimiento. De hecho, no existe ninguna normatividad acerca del trabajo o desarrollo de la educación prenatal, en el sentido pedagógico, por lo que es necesario formular el trabajo con los padres, familias y comunidad, puesto que sólo en el sector salud se intenta acercarse a la temática, bajo la denominada atención prenatal.

Con base en lo anterior, se plantea esta tesina modalidad ensayo “La educación prenatal para favorecer el desarrollo integral del niño en su primer año de vida”, que da un soporte teórico y crítico a la importancia de la educación prenatal y al trabajo que se debe abordar con los diferentes agentes educativos, tal es el caso

del Licenciado en Intervención Educativa. Esta temática fue elegida a partir de las experiencias que tuve en el campo, durante mi formación profesional, al trabajar y realizar un diagnóstico socioeducativo en el Hospital Municipal de Otumba, en el Estado de México, durante el cual pude observar las acciones médico – obstétricas que se llevaban a cabo durante el proceso de gestación, además de conocer las opiniones de las futuras madres acerca de su propio proceso de embarazo.

La tesis de este ensayo plantea la importancia de reconocer la educación prenatal en nuestra sociedad, como la posibilidad de potenciar el desarrollo del bebé, a partir de la sensibilización de los padres, antes de que el niño nazca y en los doce meses posteriores a su nacimiento.

El desarrollo de este trabajo pretende abrir un espacio de discusión sobre el tema que nos ocupa, así como, generar algunas sugerencias que posibiliten un trabajo con la estimulación prenatal que favorezca el desarrollo integral del niño durante su primer año. En cuanto al contenido de este documento de investigación, el primer apartado está definido por la justificación del problema, que da cuenta del porqué de la selección de la temática.

El primer capítulo aborda el contexto donde se ha desarrollado la Educación prenatal, presentando una mirada de cómo se ha abordado en otros países la temática y el trabajo que se ha llevado a cabo en diversos países; asimismo se proporciona una mirada a las acciones que se han realizado en el país, partiendo desde la concepción de la maternidad y el embarazo a través del tiempo, así como un repaso a los actuales programas de Educación Prenatal y a los espacios encontrados que se dedican a temas relacionados con el embarazo, la maternidad saludable y la atención prenatal.

El segundo capítulo se centra en explicar el proceso de la vida intrauterina, abordando a detalle el momento de la concepción, conceptualizándolo desde una mirada biológica; de la misma manera se hace énfasis en las etapas de gestación, puntualizando en ellas mes por mes, proporcionando información sobre los cambios biológicos que suceden en el feto y en la madre; de igual forma se aborda

el desarrollo sensorial, el desarrollo cognitivo y el desarrollo psicosocial del feto. De este modo, se presentan diversas teorías sobre el vínculo prenatal que se forma con la madre durante este proceso.

En el tercer capítulo se explica el desarrollo del niño durante los primeros doce meses de vida, explicando dos aspectos muy importantes en el desarrollo del bebé posterior al nacimiento: el vínculo materno – infantil durante estos primeros doce meses y la relación con la lactancia materna y el apego seguro, estos últimos a partir de las últimas investigaciones realizadas en torno a la primera infancia, contemplando aspectos fisiológicos y emocionales, tanto como para el niño como para la madre. Asimismo se plantea detalladamente el proceso del desarrollo sensorio motor, el desarrollo cognitivo y el desarrollo psicoafectivo. Cabe señalar que para el Licenciado en Intervención Educativa, el conocimiento de estos aspectos debe ser prioritario, especialmente para aquellos formados en la línea de Educación Inicial, como es mi caso.

En los siguientes apartados se ofrecen sugerencias y recomendaciones en torno a la Educación Prenatal, esto a partir de la Estimulación Prenatal como un primer acercamiento con los agentes educativos, en este caso el Licenciado en Intervención Educativa y los padres de familia, sin descartar al personal del sector salud, puesto que es en este espacio donde se presenta la oportunidad de abordar esta temática.

El último apartado ofrece al lector un cierre a manera de conclusiones, haciendo comentarios acerca de las dificultades enfrentadas durante la construcción de este ensayo, así como las fortalezas encontradas dentro de la formación profesional, la temática elegida y la metodología de este documento. Todo lo anterior con el objetivo de presentar conclusiones que le permitan al Licenciado en Intervención Educativa visualizar este espacio como un terreno en el cual profundizar y hacerlo un área en el cual desarrollarse profesionalmente.

Justificación

La responsabilidad es un valor que está en la conciencia de una persona; ésta nos permite reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de los actos que día a día llevamos a cabo; pero además, la responsabilidad también permite afrontar las consecuencias de una manera integral y transformadora, siempre con la visión de mejorar. En el momento en el que se decide traer al mundo a un hijo, se adquiere el compromiso de cuidar de ese futuro ser y darle las mejores herramientas para que su desarrollo sea óptimo, por lo que promover la sensibilización y una cultura del cuidado materno se vuelve prioritario. Dicha sensibilización se desarrolla a través de herramientas que les permita a las futuras madres y padres conocer, reconocer, asumir y reflexionar sobre las elecciones que toman al alimentarse, al comunicarse entre ellos y con su futuro hijo, y sobre todo, las decisiones que más adelante tomarán sobre la crianza de su pequeña o pequeño.

En materia de salud, las acciones realizadas en la atención prenatal favorecen el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso de gestación y previenen la aparición de complicaciones que puedan tener como desenlace incluso la muerte. En México, bajo la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida (ver Anexo 1), se tiene como obligación garantizar información adecuada y oportuna a toda la población.

Con respecto a lo antes planteado, con base en la Norma mencionada, se plantea que, además de comprender un examen físico de la embarazada, un examen ginecológico que permita descartar infecciones y determinar cuándo un embarazo se trata de alto riesgo y cuándo no, la atención prenatal debe abordar la consejería sobre temas de salud que afectan a la embarazada y al bebé, tales como qué hacer y dónde conseguir ayuda en caso de signos de alarma, buena nutrición y la importancia del descanso, higiene y prácticas de prevención de infecciones, los riesgos del tabaco, alcohol, medicamentos locales y remedios tradicionales,

lactancia materna y planificación familiar. Sin embargo, esta información se limita al desarrollo físico del bebé durante el embarazo y al fomento de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, lo que implica que no se consideran otras esferas del desarrollo, tales como el desarrollo cognitivo y el desarrollo psicosocial, lo que favorece un proceso integral.

La importancia de rescatar esta norma y hacerla visible radica en que es en el sector salud y a través de su personal donde se presenta un espacio para introducir la Educación prenatal, puesto que, por medio de las visitas establecidas desde la normatividad se puede abrir la oportunidad de abordar la temática, instando a un trabajo de conjunto entre lo pedagógico y la salud.

A través de investigaciones de neurociencia desarrolladas a partir de los años sesentas en Estados Unidos de América y gracias a la tecnología actual, se puede dar cuenta de la vida intrauterina y procesos de crecimiento, como por ejemplo el momento exacto de la formación del sistema nervioso, también se pueden escuchar los latidos del corazón, conocer el sexo del bebé, etcétera. Todo lo anterior permitió hacer afirmaciones acerca del desarrollo del no nacido, por ejemplo, que durante el periodo de gestación, según Lou Royo (1994), se producen 250.000 células cerebrales por minuto, produciendo la estimulación necesaria para la maduración del Sistema Nervioso Central. En este sentido, instar a los agentes educativos a desarrollar una conciencia se vuelve prioritario, puesto que a través de dicha conciencia los agentes podrán no solo conocer los alcances de la estimulación – que está relacionada en un sentido práctico, mientras la educación tiene que ver con teoría y praxis – , sino también se verán involucrados en este proceso.

Sin embargo, no solo se puede conocer físicamente – y cognitivamente - al futuro bebé; también se ha llegado a la conclusión de que el bebé en el útero es capaz de sentir, a partir del sexto mes de gestación; y aunque su sensibilidad es limitada, existe y puede ser estimulada (Verny, 1981). A partir de estos descubrimientos, el autor planteó la hipótesis de que el feto se forma no solo físicamente, sino también emocional y psíquicamente dentro del útero, y es con base en sus trabajos que

surge la psicología prenatal¹, que establece que los estímulos recibidos durante la etapa del embarazo, así como la atmósfera emocional, especialmente la otorgada por la madre, pueden tener una influencia importante en el desarrollo de la personalidad del futuro niño. No obstante, estas construcciones no implican que después de su nacimiento y a través de experiencias diversas como la socialización no haya un cambio en el sujeto, pues el desarrollo está condicionado por la acción del medio. Para el tema que se está desarrollando, considerar a Verny es básico, pues es a través de sus investigaciones que se puede dar cuenta del proceso de crecimiento del feto, no solo es aspectos físicos, sino también emocionales.

Por tal motivo, es importante reconocer que el periodo de gestación es significativo, pero sobre todo, se debe considerar al ambiente intrauterino como parte substancial del desarrollo humano, pues es incluso antes de tener contacto directo con el exterior cuando se empiezan a conformar las estructuras que, si bien no definirán el futuro del niño, si tendrán una influencia trascendente en la primera infancia e incluso en el resto de la vida del sujeto.

La idea de trabajar esta temática surge a partir de experiencias en mi formación profesional y durante las intervenciones realizadas en el Hospital General Otumba, espacio donde desempeñé diversas acciones relacionadas con la atención prenatal, tales como la realización de un diagnóstico socioeducativo y posteriormente la evaluación de la aplicación del programa de Lactancia Materna Exclusiva; durante estas visitas pude observar el proceso de control prenatal, tanto en consulta externa como en el área de urgencias; durante mi observación, me

¹ La psicología prenatal se proyecta como un enfoque interdisciplinario que estudia la vida antes del nacimiento, considerando elementos físicos, psíquicos y emocionales, tanto como para el feto como para la madre. La idea de que antes del nacimiento existe cierta conformación de experiencias es abordada por Sigmund Freud, en sus trabajos de psicoanálisis, donde se denomina a la experiencia del nacimiento como un trauma. Estudios como los de Fodor, Jonov y Maret impulsaron los trabajos acerca de la experiencia prenatal. Sin embargo, fue el Dr. Thomas Verny, con su trabajo en *The secret life of the unborn children*, quien le da fuerza a la idea del desarrollo prenatal. Actualmente, la asociación americana más importante dedicada al estudio de la vida intrauterina y la psicología prenatal y perinatal es la Asociación de Psicología y Salud Prenatal y Perinatal (APPPAH). En la actualidad se destacan los trabajos de John Kelly, Wendy McCord y Wendy McCarty.

pude percatar de que un alto porcentaje de las mujeres que acudían a control por primera vez hacían más preguntas acerca del desarrollo físico de su bebé, como cuánto medía, cuántos latidos eran normales, en qué momento su bebé podía escuchar, entre otras cuestiones, mientras que las mujeres que acudían después de una segunda gesta hacían preguntas más generales y concisas, como el sexo, si todo marchaba con normalidad y si podía realizar ciertas actividades. También se encontró que pocas mujeres de las que acudían tenían conocimiento sobre los temas que se debían abordar durante el control prenatal, todos ellos derivados de la Norma mencionada anteriormente, la cual aborda aspectos como el peso, revisiones ginecológicas, control de la presión arterial e información sobre cuidados en caso de riesgo, etcétera.

Con lo anterior, se pudo dar cuenta de que el personal de salud cumple con lo establecido normativamente; no obstante, la información se limitaba a lo físico. Además se encontró que, cuando las mujeres tenían dudas acerca del embarazo, un alto porcentaje pedía consejos y opiniones a familiares, especialmente a su madre o su suegra, mientras que sólo un porcentaje mínimo se dirigía al médico o personal especializado, lo que indicaba que las decisiones de las mujeres respecto a temas de cuidado prenatal, estilos de crianza y lactancia materna estaban permeados por las opiniones de otras personas, no de un profesional de la salud. Lo anterior podría estar relacionado con la cultura que existe alrededor de la atención prenatal, pues en México, es conocido que la mayoría de las personas que rodean a la embarazada externan sus opiniones y comentarios, generalmente basados en la experiencia y en el conocimiento que tienen del tema.

Asimismo, durante el análisis del proyecto de Fomento y apoyo a la lactancia materna, aplicado en el mismo espacio, algunas de las preguntas que tenían las futuras madres durante las sesiones grupales, estaban relacionadas con creencias y mitos durante el embarazo, como si podían exponerse a la luna llena, si tenían que amarrarse un listón rojo en el vientre, si podían tener sexo con la pareja o si podían teñirse el cabello sin que ninguna de las cuestiones anteriores afectara el desarrollo de sus bebés.

Estas experiencias arrojaron la necesidad de abordar, en un sentido educativo y desde la intervención educativa, la información concerniente al proceso de gestación y al desarrollo psicoafectivo, para que, en conjunto con la información sobre el desarrollo físico, se propicie un desarrollo integral para el niño desde antes del nacimiento, aportando con información crítica y objetiva, con la finalidad de que los padres se involucren en el proceso educativo de su hijo incluso cuando aún se encuentra en el vientre materno y de esta manera potenciar el desarrollo del niño una vez que nazca, por medio del involucramiento de la familia, principalmente los padres.

Partiendo de la idea de que la atención prenatal no considera aspectos importantes del desarrollo, se plantea la ampliación del concepto *atención prenatal* a *educación prenatal*, considerando que el primero se constituye de manera general en la atención física de la embarazada, y del bebé, según la normatividad, mientras que el segundo pretende abordarse desde una perspectiva emocional, cultural y social, según lo mencionan diversos autores que se irán mencionando a lo largo de este ensayo ; ésta educación se da con la intencionalidad de que les aporte a los padres no solo información física y biomédica sobre su futuro bebé, sino también del desarrollo sensorial, psicoafectivo y emocional; de esta manera se pretende que se deje de considerar al bebé por nacer como un ser pasivo hasta antes del nacimiento, esto a partir del establecimiento de un vínculo por medio de la estimulación prenatal. Todo lo anterior, con el objetivo de sensibilizar a las familias sobre las necesidades del niño, y contribuir al desarrollo integral en los años posteriores al nacimiento. Al interior de esta tesina se pretende definir lo que se considera educación prenatal.

Apartado I.

Contexto y conceptualización de la Educación prenatal

Cuando una mujer decide que va a convertirse en madre, la lista de temas en los cuales pensar se hace más extensa, pues las necesidades de un bebé son diferentes a las de un adulto; las personas alrededor comentan que los cambios corporales, emocionales y en la vida cotidiana pueden ser difíciles, para otras personas no son de gran importancia. Los consejos familiares comienzan, si se tiene una madre, suegra o tías que han sido madres, las experiencias empiezan a compartirse y compararse. En lo relativo al bebé, comienzan a considerar aspectos como el nombre, el parto, las visitas al médico, los cuidados necesarios, la ropa, el estilo de crianza, e incluso se comienza a vislumbrar un futuro para el niño que está por nacer.

No obstante, en algunos casos, esa lista de temas se queda en dos aspectos muy básicos del desarrollo: salud y asistencia. Con ello nos referimos a que, cuando una madre se entera que está embarazada, hace énfasis en el cuidado de la alimentación y la supervisión médica, que indica la normalidad con la que se sucede el embarazo, cuidados nutricionales y en algunas ocasiones, el sexo del bebé. En estos casos, se deja a un lado toda la experiencia que conlleva un embarazo, especialmente en lo relativo al desarrollo del niño en otras esferas del desarrollo, como son lo cognitivo y lo psicoafectivo, además de que, la asistencia al control prenatal no garantiza que la madre o la familia sean conscientes del desarrollo físico del bebé.

Sin embargo, hasta hace unas décadas, la actitud médica y social hacia el embarazo se enfocaba precisamente en la atención asistencial, cuidar que el embarazo llegara a término sin complicaciones y después atender al pequeño y a la madre en casos de enfermedad. Fue en los años sesentas cuando esta visión acerca del proceso de gestación cambió y dio paso al reconocimiento del feto como un ser cognoscente y en formación, no solo física, sino también emocional.

1.1 La educación prenatal en el mundo

Acuñar el término educación prenatal para referirnos a la atención integral que se le da al embarazo y al niño que se está gestando es relativamente nuevo; fue en los años sesenta, con los trabajos del psiquiatra americano Thomas Verny y su compañero John Kelly, cuando se empezó a considerar la psicología prenatal. No obstante, antes de ellos, en los años treinta, el maestro espiritual y pedagogo búlgaro Omraam Mikhaël Aïvanhov (s/f) impulsó en sus obras la educación durante el embarazo, afirmando que "... los padres creen que no pueden hacer nada para contribuir al buen desarrollo de su hijo en los niveles psicológicos y espirituales. Bueno, ahí es donde se equivocan, los padres pueden influir favorablemente en el niño que se va a encarnar en su familia". Tanto los trabajos de Verny como de Omraam se llevaron a cabo bajo la necesidad de humanizar el embarazo y todo su proceso.

Es así como la influencia de la psicología desarrollada en Estados Unidos se ve reflejada en el desarrollo de la psicología prenatal, y a su vez, en la educación prenatal. Esto se deduce debido a que, en cierta manera, la educación prenatal se ve respaldada por los estudios de la psicología prenatal, pues es a partir de ellos que se pueden abordar temáticas de manera más específica. La principal asociación dirigida a la atención durante el embarazo, en un sentido de salud y de psiquismo es la fundada por Verny, la Asociación de Psicología y Salud Prenatal y Perinatal, conocida por sus siglas en inglés como APPPAH. Dicha asociación es una asociación pública que ofrece atención e información a futuros padres, a través de un trabajo interdisciplinario, desde antes y durante la concepción. La asociación promueve las conferencias internacionales y boletines informativos.

Por otra parte, también en Estados Unidos, Vries y Vries (2006), proponen la creación de un "Centro de maternidad" y la formación de un educador de maternidad, llamado, en inglés, "birth coach"² quien se encuentra al frente de

² La traducción al español de *birth coach* es "entrenador de nacimiento", sin embargo, la palabra coach o Coaching tienen una diferente connotación en el idioma inglés, más allá de un entrenador, ya que se estaría refiriendo a términos técnicos. En el ámbito psicológico, la diferencia entre un coach y un entrenador radica

proporcionarle a los futuros padres información y apoyo relacionados a la fertilidad, el embarazo, y cuidados del recién nacido. La propuesta de estos centros es estandarizar la atención que reciben las embarazadas, en lo relativo a información sobre el futuro bebé, sin dejar de considerar las influencias culturales de cada contexto, el cual es elemento clave de la educación.

Por otro lado, en el continente europeo, uno de los países que se ha enfocado y ha realizado aportaciones importantes en el ámbito de lo prenatal es España, donde se encuentra, principalmente, la Asociación Española de Psicología Perinatal (AEPP), quien promueve los aspectos psicoafectivos durante la concepción, el embarazo, parto post parto y crianza. La AEPP precisa a la Psicología Perinatal como una orientación, prevención, cuidado, apoyo y diagnóstico con las familias durante todo el proceso del nacimiento, y si además se incluye el impacto social y cultural, la Educación Prenatal se hace visible; todo esto a través de un trabajo interdisciplinario con el personal médico, psicológico, de enfermería, servicios sociales, etcétera.

Encontramos también la Asociación Nacional de Educación Prenatal (ANEP) en España, que, además de promover la psicología prenatal, hace énfasis en los Derechos de los Niños y su derecho a recibir educación desde antes de su nacimiento.

Y en lo correspondiente a derechos, se rescata la labor de la Organización Mundial de Asociaciones para la Educación Prenatal (OMAEP), organismo No Gubernamental, en la que participan Alemania, Bolivia, Bulgaria, Canadá, Italia, Latvia, Rumania, Suiza, Venezuela, Estados Unidos y Francia. La OMAEP, a través de la Unicef, en 2002, realizó propuestas para la Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños, haciendo énfasis en:

El deber de los Estados miembros es asegurar la protección del niño prenatal a través de la madre, quienes deben ser protegidos y reconocidos... así como tienen el deber de informar a la futura madre y

en que el primero, además de utilizar técnicas para desarrollar habilidades, actúa como catalizador, a través del establecimiento del rapport.

el futuro padre de su papel en relación al niño que aún no nace.
(OMAEP, 2002)

También es importante destacar el trabajo realizado por la Sociedad Internacional de Psicología y Medicina Prenatal y Perinatal (OMAEP), cuya labor en Alemania, Suiza y Brasil ha sido relevante, a través de la promoción y formación de profesionales relacionados a la maternidad y el nacimiento.

Si bien es cierto que el desarrollo de la educación prenatal en otros países se ha llevado a cabo de una manera profunda y con intereses en pos del desarrollo óptimo y de calidad en la infancia, se debe considerar también que la normatividad ha influido en dicho desarrollo, lo cual potencia el trabajo de los agentes al frente de este tema. Para conocer a profundidad tendría que hacerse una revisión de la agenda de las políticas públicas relacionadas con este contenido y así establecer algún eje de análisis que permita comparar; de igual manera se puede hacer uso de la Educación Comparada³, que si bien su objetivo está enfocado en los sistemas educativos, su metodología podría ser útil para los fines de este cotejo.

Como resultado de todo lo anterior, se puede observar que en algunos países se tiene un perfil definido acerca de lo que es la Educación Prenatal, además de hacerlo parte de su normatividad, lo cual propicia no solo el conocimiento del tema, sino que regula un hacer que cumpla con estándares de calidad que le permitan al niño tener un buen desarrollo e involucrar a sus padres en dicho desarrollo. Algunos otros países no tienen tan bien definida la educación prenatal dentro de sus políticas, pero se puede dar cuenta de la priorización dentro de su sistema social por medio de sus aportes al campo.

Llama la atención que no todos los países mencionados son considerados países primermundistas, lo que lleva a preguntarse si son las condiciones contextuales, económicas o culturales las que determinan la viabilidad de los proyectos de

³ La educación comparada es definida como una ciencia que aborda cuestiones pedagógicas a través de la comparación o confrontación de hechos. Estos hechos pueden ser entre países o del mismo país, hechos del pasado o del presente, sistemas educativos, contextos generales, contextos específicos, etcétera. El objetivo de la Educación comparada es generar leyes o situaciones que sean aplicables en todos los contextos, es decir, algo como una “universalización” de aspectos pedagógicos.

educación, y si México podría perfilarse como un país que cumpla con las características o comparta denominadores comunes con ellos para que sea posible introducir la educación prenatal.

1.2 La educación prenatal en México

En nuestro país, actualmente el control prenatal podría parecer algo rutinario, inherente al embarazo, especialmente con la existencia de Centros de Salud, hospitales de primer, segundo y tercer nivel, institutos especializados en obstetricia, perinatal, etcétera.

Sin embargo, la atención que se les da a las mujeres durante el periodo de gestación, no siempre ha sido igual, ni con las mismas concepciones, ni con el mismo énfasis. A lo largo del tiempo, desde las primeras civilizaciones hasta la época actual, la cosmovisión y la importancia del embarazo en todos sus aspectos – físico, emocional, nutricional, etc. – ha cambiado, según las necesidades sociales.

Frank (1983) realiza un escrito sobre la asistencia que se ha realizado a las mujeres embarazadas en el país, y, si bien se presenta un avance en cuanto a tecnología, derechos, metodología y sanidad, no existe referencia a una educación sobre lo que sucede durante embarazo y posterior a este.

Cuando se habla de atención prenatal en el país, se hace referencia al seguimiento médico continuo de las mujeres embarazadas, con el objetivo de identificar factores de riesgo que puedan influir en la evolución del embarazo.

Como ya se mencionó en varias ocasiones, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida es un elemento clave para la atención prenatal en el país, pues es a través de ella que se realizan las acciones para proteger el derecho a una atención durante el embarazo y posterior a este. En el documento

se encuentran observaciones acerca de los protocolos que deben seguir las instituciones públicas y privadas que den el servicio de atención prenatal.

Las disposiciones generales a las que se encuentran sujetas las unidades de salud son las siguientes:

1. La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.
2. En la atención a la madre durante el embarazo y el parto debe de vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo beneficio de su administración.
3. La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez en la atención.
4. Las mujeres y los niños referidos por las parteras tradicionales o agentes de salud de la comunidad deben ser atendidos con oportunidad en las unidades donde sean referidas.
5. La unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contrarreferencia (en las instituciones organizadas por niveles de atención).

La Norma recomienda que la mujer tenga un promedio de 5 consultas prenatales, programadas de la siguiente manera:

- Primera visita en el primer trimestre
- Segunda visita: de la 22 a la 24 semana
- Tercera visita: de la 27 a la 29 semana

- Cuarta visita: de la 33 a la 35 semana y
- Última visita: de la 38 a la 40 semana.

Durante el proceso del control prenatal se debe elaborar una historia clínica que contenga la identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales), así como las siguientes medidas:

- Medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración;
- medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración;
- valoración del riesgo obstétrico;
- valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto;
- determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL;
- determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil D μ), se recomienda consultar la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes.
- detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad;
- prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico;
- prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo);
- aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales;
- orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada;

- promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada;
- promoción de la lactancia materna exclusiva;
- promoción y orientación sobre planificación familiar;
- medidas de autocuidado de la salud;
- establecimiento del diagnóstico integral. (NOM-007-SSA2-2016)

Como se puede observar con lo anterior, el concepto de atención prenatal está limitado al control médico, es decir, el embarazo se aborda de manera general, específicamente en una cuestión física, pues legalmente no existe ningún apartado sobre el estado emocional de la madre ni una orientación sobre lo que sucede con el bebé después de su nacimiento.

En estos tiempos, no es de extrañarse que, además de los espacios del sector salud público, se encuentren espacios del sector privado que hablen acerca de cuidados durante la gestación, así como foros en el Internet donde se resuelven dudas y apoyan a los futuros padres con información oportuna y extensa sobre el aspecto prenatal, sin embargo, en especial con la información en redes, se deber tener especial cuidado con lo que se encuentra, pues los datos falsos podrían exponer a riesgos a la futura madre y al bebé.

No obstante, no toda la población del país tiene acceso a esta información, por diversas circunstancias, desde la desigualdad económica, hasta las creencias y diversidad cultural propias de México.

Es por ello que la atención prenatal que se da en el sector salud, se convierte en el aliado ideal para poder hacer llegar la educación prenatal a diversos sectores de la población, evolucionando del control prenatal a una educación prenatal.

1.2.1 Antecedentes

Para los mayas y otros pueblos mesoamericanos, el embarazo no era la unión del espermatozoide con el óvulo para dar paso a células que después se convertirían en un bebé, sino que se trataba de un evento, decisión de los seres supremos. Alcántara (2000) en su trabajo sobre estudios mesoamericanos, plantea que los nahuas atribuían la concepción a la diosa Tlazolteotl, responsable de la fertilidad humana y protectora de las mujeres embarazadas.

El embarazo, para los nahuas, era un proceso que requería de rituales especiales, ya que el ser que se estaba gestando tenía un alto valor, además de considerar al embarazo como un evento social, pues se perpetuaba el linaje y un miembro más formaría parte de la comunidad; la autora también menciona que cuando faltaban dos meses, aproximadamente, para que el bebé naciera, a la mujer se le asignaba una partera, quien ayudaba a que el momento del parto fuera lo que se esperaba. En todo este proceso, existían creencias que hoy sabemos que son solo supersticiones, como que la mujer embarazada no debía exponerse al sol pues su hijo se quemaría o la connotación negativa de que una mujer preñada mirase un eclipse. No obstante, además de proteger a la mujer de estos eventos, también incluía aspectos alimentarios y de higiene. Para ellos, los cuidados terapéuticos estaban relacionados con lo espiritual.

En el país, las parteras fueron guía importante y básica para las familias, puesto que se les confiaba la vida de la madre y del niño por nacer, además, su opinión era crucial en las decisiones durante el embarazo.

Durante la Colonia, de 1530 a 1800, el contexto de procreación, salud durante el embarazo y el parto tuvo un cambio radical. Para ese entonces, habían desaparecido las figuras y deidades de los indígenas, por lo que la cosmovisión de los aztecas o nahuas acerca de la concepción se vio desplazada; Alfaro (2006) afirma que a las mujeres indígenas se les obligaba a abortar, con la intención de desaparecer las tribus, por lo que el cuidado durante el embarazo era única y exclusivamente para mujeres españolas, que, al encontrarse en convivencia con

enfermedades, violencia y condiciones difíciles, no sobrevivían, ni tampoco lo hacían sus hijos.

No obstante, aún en este periodo, las parteras tenían cabida en el virreinato; estas mujeres, aunque tenían prohibido realizar rituales a sus deidades, acompañaban a las mujeres durante la gestación y después del nacimiento. Una vez que una mujer daba signos de encontrarse preñada, se mandaba llamar a la partera y era ella quien tenía la voz sobre lo que requiriera la embarazada, la partera le decía a la familia lo que podía o no podía comer, aconsejaba sobre los quehaceres permitidos y sobre algunos aspectos de higiene.

Fue hasta 1800 cuando se comenzó a formar al personal para atender, clínicamente, los embarazos y partos. Las parteras, con todas sus creencias y cuidados, comenzaron a perder fuerza, pues un médico se encargaría de las necesidades de la mujer preñada. No obstante, en 1833, con la creación del Establecimiento de Ciencias, se unificaron los estudios médicos y los de las parteras, configurándose como una formación que, si bien no tenía todas las características científicas de la medicina, valoraba el desempeño de las parteras, así como sus experiencias y creencias, proporcionándoles un sustento teórico, además de establecer que sus prácticas estarían reguladas y supervisadas.

Pérez Cabrera (2006), en sus investigaciones acerca de la formación de las parteras, describe lo siguiente, relacionado con la partería en México

La Escuela de Medicina de la Ciudad de México exigía como requisitos para ser partera (como en los demás estados) que fueran mujeres solamente, con educación primaria superior, la aprobación de un examen preparatorio y poseer conocimiento del idioma francés. La carrera duraba dos años y, según consta en el Boletín de Instrucción Pública de 1903 (Tomo I), recibían “una enseñanza objetiva, ya fuera en cadáver, ya en piezas anatómicas artificiales que habrían de pedirse a Europa”. (Pérez Cabrera, 2006)

Con lo anterior, podemos dar cuenta de que, aun cuando las parteras no eran relegadas totalmente, la normativa para ser una partera en esa época suponía algunas trabas en su formación, ya que la mayoría de las mujeres eran indígenas que no habían asistido a la educación primaria.

Es en 1924, cuando se da a conocer en México el término intrauterino por primera vez, acuñado por el Dr. Isidro Espinosa de los Reyes, médico partero, quien planteó la necesidad de crear una red de atención que brindara prevención a las etapas previas al nacimiento y después del mismo. Este término fue utilizado durante el primer Congreso Mexicano del Niño; durante este congreso, el Dr. Espinosa presentó un trabajo titulado “Apuntes sobre puericultura intrauterina”, en este trabajo, se manifiesta por primera vez la necesidad de atender, de manera formal, el periodo de gestación, a partir de diversas propuestas, como fueron, en primer lugar, fundar en la Ciudad de México, clínicas de pre y post natalidad que contaran con elementos para atender la consulta prenatal, además de hacer valer la Ley Engerand.⁴

No obstante, en el país las parteras continúan vigentes, pues en comunidades indígenas o en comunidades alejadas de los pueblos y las grandes ciudades, la atención médica es poca o nula, por lo que el trabajo de las mujeres se convierte en algo vital para dar a luz.

Sin embargo, no solo en las comunidades se encuentran las parteras; en México existe la Asociación Mexicana de Parteras (AMP), que se define como

(...) los esfuerzos de parteras y personas comprometidas en nuestro país con hacer del embarazo, el parto y el postparto una experiencia segura, gozosa y digna. Trabaja para ser el órgano a nivel nacional que promueve el bienestar perinatal y postnatal de madres y bebés a través de la confianza en el parto natural, el saber profesional de las parteras mexicanas con base en la más

⁴ La ley Engerand fue creada en Francia, en 1909, como una ley de protección a la maternidad, que garantizaba que las madres trabajadoras podían darse de baja ocho semanas antes y ocho semanas después de dar a luz.

reciente evidencia científica. (Asociación Mexicana de Parteras, 2006)

Como podemos observar, la partería en el país no es un hecho lejano, sino que continua vigente, intentando reformular las atenciones médicas que han surgido en otros países, cuyos contextos son diferentes al nuestro.

Por ello, considero a la partería como otro elemento importante para retomarse en la educación prenatal, puesto que contempla el contexto de la población, ya que aportaría fundamentalmente en comunidades donde la atención médica no esté al alcance, unificando las creencias de la comunidad con un sustento crítico y pedagógico del trabajo con mujeres embarazadas, las familias y el niño que está por nacer.

En el mismo sentido, la atención médica se encuentra actualizada respecto a los cuidados durante el embarazo, ya que, normativamente, en lo relativo a la atención prenatal, existe la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, implementada por la Secretaría de Salud y creada por diversas instituciones de salud del país, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto Nacional de Pediatría, entre otras. Esta Norma entró en vigor el 31 de octubre de 1994 y no ha recibido modificaciones significativas desde entonces.

El objetivo de esta norma es establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido. Cabe aclarar que la aplicación de esta norma es obligatoria para todas las instituciones de salud pública y privada a nivel nacional.

En relación con las instancias mencionadas anteriormente, tanto en el sector público como en el privado, se perfilan como un espacio desde donde se pueden generar propuestas, dadas sus características de atención, teniendo en cuenta los

momentos de atención prenatal y cuidados durante el embarazo. Cabe señalar que para el Licenciado en Intervención Educativa este espacio es un área de oportunidad, ya que se tiene conocimiento de las potencialidades del LIE en el sector salud, pero además la línea de Educación Inicial cumple con las necesidades requeridas para formular propuestas, dadas sus características profesionales. De la misma manera, correspondería instar al personal de salud a involucrarse en aspectos pedagógicos sobre la atención prenatal para ofrecer un servicio integral.

Una de las definiciones dadas por el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) acerca de la atención prenatal es la siguiente:

...es el seguimiento periódico de la mujer embarazada, dirigida a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico y perinatal, así como el otorgamiento de tratamiento a enfermedades preexistentes y otras patologías interrecurrentes en el embarazo y periodo neonatal. (ISEM, 2008)

Por otro lado, el IMSS, en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-028-08 define a la atención prenatal como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal.

A partir de ambas definiciones encontramos que la asistencia durante el proceso de gestación tiene que ver exclusivamente con evitar y reducir riesgos en materia de salud. Por lo anterior, se encuentra que la educación prenatal contribuye de manera significativa, pues además de considerar los aspectos físicos básicos, procura abarcar aspectos de un desarrollo integral.

Entre las actividades realizadas en el control prenatal desde la Norma Oficial Mexicana hallamos que están relacionadas con la elaboración de historia clínica, valoración médica, toma de signos, exámenes generales, prescripción de vitaminas, orientación nutricional, promoción de la lactancia materna y orientación

sobre planificación familiar. Dichas actividades deben ser realizadas por personal del área de la salud debidamente capacitado.

En otro sentido, la normatividad también establece criterios con referencia a la promoción de la salud materno – infantil, estableciendo que las instituciones y unidades, en todos los sectores, deben establecer un programa educativo que aborde los siguientes temas: autocuidado, importancia y beneficios del control prenatal, ventajas de la lactancia materna exclusiva, signos de alarma, planificación familiar, información sobre cambios físicos y emocionales de la embarazada y la importancia de la participación de la pareja y la familia durante el embarazo.

Con lo anterior, podemos dar cuenta de que la atención prenatal es prioritaria y obligatoria en el sector salud; no obstante, es limitada y no responde a una atención integral, puesto que se restringe a cuidados físicos, y si bien se plantea el diseño y aplicación de programas preventivos que aborden temas sobre cambios físicos y emocionales durante este proceso, no se contempla al producto como sujeto para recibir atención, ya que es hasta el momento del parto cuando se establecen criterios para su cuidado.

1.2.2 Programas vigentes de educación prenatal en el país

Al advertir que la vida intrauterina puede potenciar aspectos del desarrollo y de crianza, la relación con la educación inicial se hace implícita, ya que ésta tiene como finalidad potenciar el desarrollo físico, emocional, psíquico, social y afectivo del niño en la primera infancia, la cual es considerada en general como la etapa más significativa, puesto que en ella se estructuran las bases de las esferas del desarrollo.

Uno de los aspectos que conforma la educación, es el derecho, temática que debe ser considerada dentro de las políticas públicas, puesto que está establecido en el artículo 3° de la Constitución Mexicana que todos deben tener acceso a la

educación, en el sentido que, si bien hay debate entre el momento en el que se convierte en persona con derechos, al decidir que el niño habrá de nacer, los padres se convierten en responsables de su desarrollo y crianza, la cual se verá fortalecida si reciben una orientación sobre los mismos temas; asimismo, la Ley General de Educación plantea en el artículo 39 que la Educación Inicial debe ser abordada por el Sistema Educativo Nacional, además de afirmar que ésta tiene como propósito favorecer el desarrollo físico, cognoscitivo, afectivo y social de los menores de cuatro años de edad, incluyendo la orientación a padres de familia o tutores para la educación de sus hijas e hijos.

Hasta ahora, hemos podido dar cuenta de que la atención prenatal en el país es obligatoria e importante, sin embargo, es limitada y atiende exclusivamente las necesidades de la madre. En este orden de ideas, la educación prenatal se presenta como un trabajo diferente al de la atención prenatal, no como un trabajo interdisciplinario.

En el país, existe un sólo programa que brinda atención a las mujeres embarazadas en un sentido educativo, y que tiene que ver con orientación a los padres para modificar estilos de crianza y concepciones de infancia. Este programa es el creado por el Consejo Nacional de Fomento Educativo (Conafe), lo que lo convierte en un programa nacional, pero con poca difusión. A diferencia de los programas de atención prenatal, este programa atiende las necesidades desde lo educativo, a partir de conceptualizaciones y referentes teóricos.

Las asesorías que brindan los promotores de Conafe a madres, padres, cuidadores y mujeres embarazadas, están relacionadas con desarrollar habilidades con respecto a sus prácticas de crianza. Este trabajo se encuentra plasmado en el Modelo de Educación Inicial, que plantea el derecho de los niños a recibir educación, y al mismo tiempo el derecho de los padres a modificar y mejorar las prácticas de crianza.

Dentro de la Educación Inicial formal, encontramos el Programa Prenatal, impartido por los Centros de Desarrollo Infantil, en el Estado de Nuevo León, a partir de 1990 el programa propone la atención en la vida intrauterina como una

herramienta para disminuir las diferencias sociales, educativas y la pobreza en el estado.

Éste se justifica a partir de aportes científicos de las últimas tres décadas, que afirman que la etapa gestacional es considerada una de las más importantes, sobre todo por las influencias físicas que impactarán en el niño que va a nacer; además, hace énfasis en el establecimiento de vínculos. Una de las prioridades del programa es concientizar a las mujeres embarazadas, a las familias y la comunidad sobre la importancia del periodo prenatal, igualmente, se enfoca en brindar asesorías y capacitación con las mujeres y familias para fomentar el autocuidado durante el embarazo, todo a partir de un enfoque holístico, que contempla asesoría médica y de nutrición, orientación psicológica, trabajo social y psicoprofilaxis.

Uno de los objetivos del programa es la creación de políticas públicas relacionadas con la Educación prenatal; sin embargo, el programa carece de seguimiento y de impacto, tanto estatal como nacional. No obstante, se propone como un modelo interesante, al que se le puede dar el empuje necesario a partir de un fundamento más crítico y con una visión social y pedagógica.

El Programa Prenatal es uno de los pocos programas públicos a nivel nacional que se concentran en el tema de la vida intrauterina; en este sentido, en el sector privado, los programas de educación prenatal tienen un panorama más amplio.

En la modalidad no formal, a diferencia del sector público, la iniciativa privada se ha creado un espacio importante en los temas relacionados con el embarazo y el parto humanizado. Por mencionar algunos importantes en el país, tenemos el programa Curso de educación prenatal (Psicoprofilaxis), del centro Parto Natural, en la Ciudad de México; también está el programa Hipn parto, Educación prenatal, preparación para el parto, cuidados del bebé y lactancia, del centro Casa Maestra, también en la Ciudad de México.

En el Estado de Hidalgo, en el año en curso, se aplicó un programa piloto, llamado Consultas Grupales Prenatales, por parte de la Secretaría de Salud del Estado de

Hidalgo, como una estrategia del Proyecto Marco: Modelo Integral de Partería, donde se ofrece capacitación a mujeres embarazadas sobre temas relacionados con la gestación, el parto y el amamantamiento. Sin embargo, al ser un proyecto piloto, aún no se tienen resultados.

De esta manera se evidencia la necesidad de ampliar los programas de educación prenatal en el país y hacer énfasis y aportaciones en el diseño de un programa específico que atienda a las mujeres embarazadas y al niño que está por nacer, a nivel nacional, estatal y local a partir de la creación de políticas públicas en materia de educación prenatal.

En este contexto, referimos que, en cuanto a la situación legal, la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 establece, en el artículo 25.2 que *“La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales”*. Si se considera la atención prenatal, en el sentido que se ha descrito anteriormente, este derecho es respetado, puesto que las mujeres embarazadas reciben atención y cuidados durante su proceso, procurando el bienestar físico de las mujeres y de sus bebés; no obstante, el artículo 26.1 de la Declaración, establece que *“Toda persona tiene derecho a la educación”*. En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se establece que *“en todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos”*.

El artículo 18.1 de la Convención sobre los Derechos del niño determina la responsabilidad de los padres en estos términos

... los Estados Partes pondrán el máximo empeño en garantizar el reconocimiento de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño. Incumbirá a los padres o, en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y del desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño. (Convención sobre los Derechos del niño, 1990)

Ante el reconocimiento de los derechos del niño, la educación prenatal se convierte no solo en una necesidad, sino en un derecho, tanto para el niño que está por nacer, como para los padres, en tanto que el artículo anteriormente expuesto plantea que la crianza y el desarrollo óptimo del bebé son prioritarios, y estos pueden ser abordados desde antes de que el niño nazca, considerando que la influencia que tenga el niño durante su gestación, será importante en su desarrollo futuro, de manera directa e indirecta, puesto que el trabajo no se realiza únicamente con el sujeto, sino con los agentes educativos que tendrá el resto de su vida, mismos que son responsables de su crianza y de favorecer y posibilitar un desarrollo integral en el más amplio sentido.

Cabe aclarar que las intervenciones mencionadas anteriormente así como el trabajo de dichas asociaciones y organismos es diferente al abordado por centros certificados en el método Lazame, los cuales si existen en el país, en el sector privado, a través de clínicas de maternidad o como centros exclusivos y dedicados a dicho método, el cual fue propuesto por Ferninand Lazame en los años cincuenta y que tiene como objetivo promover el parto natural, a través de clases a los futuros padres, instruyéndolos en técnicas de respiración, relajación, técnicas de distracción, y masajes para aliviar el dolor al momento de dar a luz. Este método también es conocido como psicoprofilaxis; sin embargo, a diferencia de la psicología prenatal, la psicoprofilaxis se centra en el momento del parto y en la madre, en un sentido mayormente físico que psíquico y en brindar un parto humanizado. Dentro de las técnicas más frecuentes en el método Lazame, encontramos la aromaterapia, la musicoterapia, la masoterapia, la esferodinamia, la cromoterapia y la matronatación prenatal, es decir, el nacimiento en el agua.

La Psicoprofilaxis obstétrica está definida por Morales (cit. en Papalia, 2002) como una preparación física para que durante el momento del parto, la madre y el niño por nacer se encuentren en condiciones saludables, propiciando que este periodo sea satisfactorio y feliz. Asimismo, se sugiere que este proceso inicie entre el sexto y séptimo mes del embarazo, lo que no empata con la propuesta de educación prenatal.

Por ello, la psicoprofilaxis se perfila como un momento importante y un método viable, y sobre todo como un apoyo al concepto de educación prenatal, ya que, si bien apoya a las familias durante el embarazo preparándolos mentalmente para dicho momento, no se relaciona con el desarrollo del bebé propiamente.

Con base en todo lo anterior, podemos afirmar que la pertinencia de trabajar la educación prenatal está sustentada desde la educación, ya que la labor involucra a los padres, familia y comunidad, considerándolos como los agentes educativos del niño.

Para comprender la importancia y el impacto que la educación prenatal podría tener, se tiene que reconocer, en primera instancia, que la temática tiene que ser introducida en más sectores de la población, y en segundo lugar, que para transformar a partir de la intervención, se tiene que visualizar el contexto.

En México, como ya lo mencionamos, existe muy poca información acerca del tema y existe aún menor información sobre programas a nivel federal que trabajen la atención prenatal desde un aspecto social, pedagógico y educativo, puesto que permanecen en el aspecto de salud. No obstante, hay que reconocer el esfuerzo que hace Conafe desde la Educación inicial en la modalidad no escolarizada para reforzar el trabajo con los padres, quienes resultan los agentes a quienes está dirigido todo el trabajo de la educación prenatal. El trabajo de Conafe en la educación prenatal se ve reflejado en sesiones de orientación para mejorar las prácticas de crianza, dichas sesiones se ofrecen a mujeres embarazadas, padres y madres.

En este contexto, tenemos que pensar que una de las vertientes desde las que hay que retomar todo ese trabajo es desde lo cultural; Tylor (1871) plantea que la cultura incluye las creencias, el conocimiento, la moral, el derecho y las costumbres de una sociedad, entendiendo que la cultura tiene una profunda relación en el estilo de vida. En el caso de la maternidad y la gestación, la cultura está permeada por creencias que influyen de manera determinante en la labor del interventor educativo, por lo que, para trabajar en la educación prenatal se debe

reconocer que en el país se desconoce sobre el tema, lo que plantea un reto para el profesional de la educación.

Por lo tanto, para que la educación prenatal pueda tener cabida en el país, se debe trabajar, en un primer momento, desde las creencias de la cultura, sin juzgar y retomando usos y costumbres del contexto, propiciando ambientes de aprendizaje que les permitan a las madres, padres y familias, desarrollar cierto nivel de preparación emocional, pedagógica, psicológica y social para el momento en el que llegue al mundo su bebé, otorgándoles herramientas que los apoyen durante el proceso que continua después del nacimiento: el desarrollo del niño.

Con lo anterior se evidencia que, además de requerirse formación cultural, se necesitan modificar las políticas públicas en materia de educación, lo que implicaría un trabajo conjunto del sector salud y el sector educativo, ya que hasta lo ahora revisado, es en el sector privado en donde se da este trabajo colaborativo e interdisciplinario, considerando a profesionales como médicos, enfermeras, trabajadores sociales, pedagogos y psicólogos.

Apartado II.

El proceso de la vida intrauterina y el vínculo prenatal

Como se presentó en el capítulo anterior, el reconocimiento de un concepto de educación prenatal en México aún no se encuentra presente en el campo educativo. No obstante, es a partir de este reconocimiento que se puede avanzar hacia los contenidos y sustento científico acerca de la gestación. Por ello, en este capítulo se hablará acerca de la vida intrauterina, esto es, el desarrollo del bebé dentro del vientre materno, sus avances y sus generalidades. Actualmente y con los avances tecnológicos es posible monitorear la actividad intrauterina y tomar decisiones de acuerdo a lo observado, especialmente en la rama médica. Sin embargo, estas herramientas también permiten visualizar desde otros campos, como la psicología, la pedagogía y en este caso, la Intervención educativa. Pero para que se puedan llevar a cabo procesos educativos, es necesario conocer las generalidades que se suscitan en el embarazo, considerando no solo el desarrollo del bebé, también el desarrollo de la madre, puesto que es ella el principal contacto con el niño mientras está en el útero y en la mayoría de los casos, el primer contacto con el mundo exterior una vez nacido.

En este sentido, se sabe que la etapa del embarazo suele estar permeada por diversas creencias, algunos mitos y dudas, todo dependiendo del contexto donde se desarrolle este periodo y de la atención que se reciba; a partir de la experiencia que dio paso a este trabajo, en el Hospital Municipal Otumba, se encontró que la mayoría de estos mitos están relacionados con lo que pasa con el niño cuando está en el vientre materno y su salud, es decir, a partir del conocimiento o información que tienen las madres sobre lo que sucede con su cuerpo, se toman decisiones acerca de cómo desenvolverse durante esta etapa, por ejemplo,

prácticas como el amarrarse un listón en el vientre durante la luna llena o ejercitarse para “hacer que el bebé baje” cuando se presentan contracciones.⁵

Ahora bien, algunas de estas decisiones pueden ser acertadas – como comer saludablemente, no beber alcohol, no fumar, realizar actividades con moderación y cuidados – o pueden convertirse en decisiones que marcaran la diferencia entre una psique sana y una con problemas – como permitir la violencia (física y/o emocional), generar pensamientos negativos, exponerse a situaciones que generen angustia, etcétera.

Por todo lo anterior, es prioritario que las madres y otros agentes relacionados con la educación prenatal, tengan información objetiva acerca del proceso gestacional, desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, esto con el objetivo de que la madre, principalmente, tome decisiones con asertividad y siempre en pro del desarrollo integral y positivo del futuro bebé. Asimismo, es importante señalar las esferas del desarrollo del niño que se ven involucradas desde la vida intrauterina, las cuales se deben abordar detalladamente, pues si bien anteriormente se mencionó que todos los embarazos deben considerar el contexto donde la madre se desarrolla, si existe una línea desde lo biológico que permite perfilar un embarazo normal, al cual el médico debe dar un seguimiento con el fin de detectar problemáticas.

De la misma manera, el conocer este proceso, presenta una oportunidad para que la mamá identifique el desarrollo de su bebé y en caso de detectar alguna anomalía, atenderse de inmediato con el especialista y acudir antes de poner en juego la salud frente a alguna creencia de la cual no se tenga respaldo.

⁵ Durante mi estancia en el Hospital Municipal, muchas mujeres caminaban mientras esperaban ser atendidas en urgencias. El cuestionario aplicado para el diagnóstico arrojó que ellas lo hacían por recomendación de sus familiares (madre, suegra, tías, el esposo, etc.), en el entendido de que ya se encontraban en labor de parto. Sin embargo, al consultarlo con el ginecólogo en guardia, me comentó que éste era un error que podía afectar el embarazo, puesto que en la mayoría de las ocasiones las contracciones eran iniciadas por una infección en las vías urinarias y no porque ya se hubiese iniciado el parto.

2.1 La concepción humana y etapas de gestación

Actualmente, es más sencillo definir con claridad y exactitud el proceso de gestación. La tecnología implementada para vigilar el desarrollo del niño intrauterino ha permitido que se establezcan criterios y patrones, lo que aporta detalles al control prenatal para tomar decisiones que favorezcan y protejan al futuro bebé. Por ejemplo, las asesorías genéticas, las cuales tienen como objetivo aconsejar a los padres sobre probables riesgos cromosómicos o defectos genéticos.⁶

Berger (cit. en Papalia, 1984) define tres etapas para que se lleve a cabo el desarrollo de la vida intrauterina; estas fases detallan el proceso de crecimiento del cigoto, del embrión y del feto hasta que éste nace.

Los periodos definidos durante la gestación abarcan desde la concepción hasta el momento del nacimiento, y es durante este proceso en el que suceden cambios biológicos impresionantes; el tiempo de gestación fluctúa entre 37 y 41 semanas (Hamilton, 1973), tiempo necesario para que ocurra el desarrollo de manera normal. Papalia y Feldman (1984) definen a estos periodos como etapas del desarrollo prenatal y son las siguientes:

La etapa *germinal*⁷ es la que ocurre en las primeras dos semanas; ésta se caracteriza por la rapidez en que las células se dividen y por la implantación en la pared del útero. Durante esta fase se forman, de manera inicial, el saco amniótico, la placenta y el cordón umbilical; los nutrientes de la madre comienzan a pasar a través del cordón y se empiezan a producir hormonas que preparan los pechos de la madre para la lactancia.

La etapa *embrionaria* abarca desde la tercera semana hasta la octava; la característica principal de esta fase es el rápido crecimiento de los aparatos

⁶ Aunque existen discusiones morales sobre las asesorías genéticas, Papalia (1984) afirma que gracias a este método, han podido desaparecer ciertas enfermedades hereditarias.

⁷ Este periodo abarca desde el momento de la fertilización, es decir, desde que el óvulo es fecundado por el espermatozoide, hasta la división de las células que formarán el cigoto

orgánicos, como son el aparato respiratorio, el aparato nervioso y el aparato digestivo. Durante esta fase, el embrión mide alrededor de 2.5 centímetros y el corazón late más de 65 veces por minuto. La cobertura cutánea es delgada y se empiezan a formar células óseas, además de definir las partes del cuerpo.

La etapa *fetal* es la más larga de todas, pues tiene una duración aproximada de treinta semanas. En estas semanas los órganos se desarrollan con complejidad; es en estas semanas donde se inicia el movimiento activo del feto. Al final de este periodo, el feto mide aproximadamente 50 centímetros y tiene un peso que oscila entre los 2.3 y 3.2 kilogramos; el desarrollo óptimo de sus órganos indican que se encuentra preparado para nacer y ser capaz de valerse por sí mismo – en cuanto a proceso de digestión, respiración, sueño, etc. -.

Las evidencias anteriores demuestran que es altamente probable darle seguimiento a un embarazo normal y de esta manera poder decidir cuál será el momento propicio para intervenir desde lo educativo, considerando las características físicas del bebé. Por tal motivo, es importante reconocer los periodos gestacionales, pero también se debe conocer el avance en un periodo más corto, puesto que así es más sencillo identificar los momentos para llevar a cabo una educación prenatal óptima y basada en el propio desarrollo del niño y en el estado de la madre.

Durante el primer mes, el óvulo es fertilizado, se produce una sustancia llamada gonodotropina coriónica humana, la cual sólo se produce durante el embarazo, lo que conlleva a que las pruebas de embarazo de sangre den positivas. Esto quiere decir que una prueba de sangre, a no ser que esté contaminada, nunca dará positiva sin serlo.

Al finalizar este mes, el embrión mide alrededor de 1.25 centímetros, están formadas las venas y arterias y la sangre corre por ellas y su corazón late 65 veces por minuto.

Durante el segundo mes se desarrollan las células óseas, es decir, comienzan a aparecer las células que formarán los huesos. En este mes se desarrolla el sexo del bebé.

Cuando termina el segundo mes, el embrión deja de ser llamado así y se convierte en feto, mide menos de 2.5 centímetros y pesa aproximadamente 10 gramos. Para este momento, su rostro está delineado y se distinguen elementos como las manos, las piernas, que tienen rodillas, tobillos y pies. Además, se identifican las huellas dactilares.

En la mujer, se inician los síntomas del embarazo, como las náuseas y las ganas de ir al baño más frecuentemente. Aumenta el tamaño de los pechos, la areola se oscurece y se prepara para la lactancia.

En el tercer mes, el bebé ya tiene uñas, párpados, labios y nariz; pesa cerca de 30 gramos y su tamaño es de casi ocho centímetros; los sistemas empiezan a funcionar, por lo que el feto comienza a respirar, además de mover la cabeza y las piernas. Las investigaciones arrojan que es en este mes cuando comienzan los reflejos, ya que, al estimular las plantas de los pies, extiende los dedos y si se estimula la palma de la mano, el feto la cierra parcialmente. El sexo está completamente desarrollado y puede ser definido en los ultrasonidos.

Las madres aumentan el contorno de la cintura, y persisten, aunque en menor cantidad, los malestares.

A los cuatro meses, el feto ya pesa 170 gramos y mide cerca de 25 centímetros. En este mes comienzan los movimientos como las llamadas pataditas y algunos estiramientos. El número de latidos es un aproximado de 120 a 150 por minuto; los ojos son sensibles a la luz y el esqueleto está formado. Asimismo, comienzan las reacciones hacia sustancias amargas.

La mamá empieza a sentir los movimientos fetales y el aumento del abdomen es más marcado.

El feto de cinco meses ya mide 30 centímetros y empieza a mostrar signos individuales, como sus propios periodos de sueño, su postura favorita, y la

actividad (movimientos). En el quinto mes aparece un vello denominado lanugo, el cual cubre todo el cuerpo del bebé. Para este mes, el bebé puede presentar hipo de manera audible y visible.

En la madre, comienzan a suceder las denominadas contracciones de Braxton Hicks.⁸

Al sexto mes, el feto puede oír. También puede abrir y cerrar los ojos, cerrar las manos y abrirlas. El feto escucha con atención y da muestra de tensión o incomodidad.

En este mes, la madre puede sentirse agotada sin motivo aparente, ya que el aumento de peso es más notorio, los fluidos se incrementan, los órganos como el corazón y los pulmones trabajan más rápido y la circulación sanguínea se potencia.

En el séptimo mes, el feto mide cuarenta centímetros y pesa más de un kilo. Los reflejos están bien desarrollados y comienza a chuparse el dedo. En este mes, el feto ya es capaz de mostrar preferencia ante tipos de música y responde con movimientos a lo que le agrada o le desagrada.

La madre, a los siete meses, empieza a notar las estrías, ya que la piel del vientre se vuelve más delgada. Comienzan algunos problemas de acidez e indigestión.

A los ocho meses, el feto mide cerca de 50 centímetros, su peso es de dos a tres kilos y comienza a sentirse presionado por el poco espacio que tiene. En este mes se realiza un ajuste en su capa de grasa corporal, para que pueda sobrevivir y adaptarse a las temperaturas del ambiente. Además, muestra predilección por las voces humanas, especialmente por aquellas con las que convive.

Para la madre, este mes se caracteriza por el cansancio, pues los órganos trabajan rápidamente, además de generarse dolor en la espalda por el peso.

⁸ Estas contracciones se caracterizan por ser leves y en ocasiones indoloras, ocurren durante todo el embarazo pero es posible percibir las claramente a partir de los cinco meses; sin embargo, si no se tiene conocimiento de esto, pueden confundirse con el trabajo de parto, como se mencionó anteriormente. Las contracciones fueron descubiertas en 1872 por John Braxton Hicks, por ello su nombre.

El último mes, el noveno, se caracteriza porque el feto deja de crecer una semana antes de su nacimiento; para este momento, pesa más de dos kilos y mide cerca de 50 centímetros. El pulso se ajusta y se estabiliza y el feto está listo para salir.

Sobre la base de las evidencias expuestas, resulta innegable que, el apoyar a la madre y a las personas que la rodean, en el conocimiento de lo anterior, es más que necesario, pues de esta manera se puede generar una conciencia sobre sí misma y sobre su futuro bebé, lo que la mantendría alerta sobre cualquier cambio o condición anormal y así prevenir urgencias. Sin embargo, esto tiene que hacerse desde una mirada profesional, ya que, si en lugar de generar conciencia sólo se informa, la mamá podría omitir ciertos detalles a su médico, en el entendido de que ella conoce del tema. Por tal motivo, el trabajo de un Interventor educativo se presenta como una necesidad, pues con las competencias que tiene en cuanto a asesorías cumple con las características para atender a esta población.

2.2 Desarrollo sensorial y cognitivo prenatal

La educación en los movimientos y la actividad del feto se convierten en una prioridad, puesto que son sinónimo de desarrollo; aunque en un nivel rudimentario, se puede decir que a través de dicha actividad el niño intrauterino explora el medio donde se encuentra para poder desarrollarse óptimamente. Con ello, resulta importante educar a las madres y a su entorno en cuanto a las percepciones que debe tener, para que ella, como agente primario, tenga la oportunidad de potenciar la actividad del feto y como consecuencia, fortalecer el desarrollo.

En lo relativo al sonido, Kisilevsky (1992) establece que las respuestas al sonido y a la vibración comienzan cerca de las 26 semanas de gestación – aproximadamente al sexto mes –. Verny (1981) reafirma esta postura, aseverando que si bien la voz de los padres llega hasta él de forma amortiguada, el corazón de la madre se presenta ante él de manera clara y directa, por lo que muchas de sus respuestas intrauterinas están vinculadas al estado emocional de la madre.

Las investigaciones de Liley (1971) con respecto al sonido indican que a partir de la semana veinticinco, el feto responde de manera tempestiva a los ruidos bruscos, como un tambor o el claxon de un automóvil. En este sentido, podemos encontrar una aproximación generalizada sobre la edad gestacional en la que el feto comienza a escuchar.

Tener conciencia del desarrollo del sentido del oído permite que la actividad de la madre se pueda enfocar en potenciar dicho sentido, es decir, se presenta una oportunidad para invitar a la madre a hablarle a su bebé, leerle, cantarle, etc. Además, estas acciones no solo podrían aportar beneficios físicos y neurológicos al bebé, sino que podría ayudar a iniciar o fortalecer el vínculo entre madre e hijo.

Hasta el momento no se encontró ningún teórico que contradiga lo anterior, sin embargo, hasta antes de las recientes investigaciones que prueban que los bebés si escuchan dentro del vientre, se argumentaba que el sonido no es capaz de atravesar el líquido amniótico, por lo que el sonido le llega al bebé a través de la columna vertebral de su madre, que constituye un puente vibrante entre la laringe y la pelvis, y a través del tímpano de la madre, que sigue el sistema óseo y el bebé la recibe como una modulación, por lo que percibe la cadencia y el ritmo, no el sonido en sí mismo.

No obstante, estas últimas propuestas hacen referencia al sonido de la voz de la madre, que le llegaría al feto en vibraciones, pero no corresponde con las reacciones que tiene el niño intrauterino a sonidos fuertes, ya que no se sobresaltaría si la madre reconociera el sonido del tambor, sino que se limitaría a moverse de manera más enérgica, considerando que solo percibiera el ritmo a través de vibraciones. Por tal motivo, las propuestas de Liley (1971) y Kislevsky, Muir y Low (1992) tienen un sustento más fuerte que será considerado para la propuesta de este trabajo.

A su vez, Cabanyes (2014) establece que el procesamiento verbal se da antes del nacimiento, esto es, que el feto es capaz de entender las palabras, aunque no conozca el significado de ellas, esto a través del predominio del hemisferio izquierdo, el cual actúa reactivamente a la vocalización materna. Asimismo, afirma

que al final de la gestación, el feto es sensible a estímulos auditivos complejos, como variaciones en la música y alteración de sílabas. Con esto, encontramos que, si bien no hay conocimiento activo sobre las palabras, en el sentido que los adultos lo conocemos, tampoco se trata de un ser pasivo aislado del mundo exterior, por lo que el hecho de que la madre le hable se convierte en una vía para promover el procesamiento verbal. Por supuesto que esto no implica que el niño al nacer emita palabras, pero estimulará los hemisferios y podría predisponerlo para el habla temprana.

Por otro lado, Blay (cit. en Ancona, 2005) propone que las respuestas del niño intrauterino se dan en tres canales de percepción, siendo los sentidos (como el oído) uno de ellos, pero que además están relacionadas con los otros dos canales: la sangre materna que contiene neurotransmisores y hormonas y las emociones de la madre, lo que denomina “percepción extrasensorial”. Aunque esto no se contrapone con lo mencionado por Cabanyes, si puedo considerarlo un trabajo mucho más complejo, pues no bastaría entonces con que la madre le hable, sino que además implica un proceso fisiológico y emocional, el cual puede ser trabajado a partir de la educación prenatal.

En cuanto al tacto, Verny (1981) comenta que es a partir de los dos meses y medio cuando el feto siente molestia por ser tratado bruscamente (con pellizcos o presión excesiva), y lo manifiesta moviéndose de lugar hasta ocultarse.

Se ha demostrado que a partir del cuarto mes, el niño frunce el ceño, bizquea y hace muecas, además de presentar reflejos básicos como chuparse el dedo. Algunos autores, como Manella (cit. en Papalia, 1984) han realizado investigaciones acerca de las dietas de las madres y la influencia que estas tienen en el desarrollo del bebé, especialmente en lo que denomina aprendizaje del sabor. Sus investigaciones establecen que los sabores de la dieta de la madre en el último trimestre tienden a ser los preferidos de los bebés una vez que comienzan a consumir alimentos sólidos. Estas investigaciones han sido aceptadas y contempladas en libros del desarrollo humano, por lo que se puede afirmar que es un hecho. Desde mi punto de vista, estos descubrimientos

representan un sí rotundo a la educación prenatal, pues al tener información al respecto, los padres pueden tomar decisiones sobre la manera en la que quieren llevar el embarazo.

De igual manera, Cabanyes (2014) plantea que el comportamiento fetal, el cual puede ser monitoreado con mayor precisión en ecografías 4D, incluye dos tipos de movimientos, los espontáneos y los que son respuesta a estímulos, y a su vez, que estos pueden ser indicadores de una cierta predisposición de manifestaciones futuras, es decir, no es que el desarrollo sensorial prenatal sea una bola mágica que arroje el futuro del bebé, pero si se pueden reconocer ciertos patrones que serán observados una vez que nazca.

Asimismo, encontré que durante el proceso de gestación, las estructuras nerviosas del cerebro del feto se desarrollan rápidamente, lo que potencia el grado de plasticidad cerebral, que se refiere a la adaptación del sistema neuronal ante cambios en su medio interno y externo; después de los primeros tres meses de gestación, los órganos de los sentidos y los sistemas cerebrales ya se encuentran formados, para este entonces el cerebro del embrión cuenta con 30 millones de neuronas y durante los seis meses consecuentes, estos órganos se desarrollan y se especializan, según la calidad e intensidad de los estímulos recibidos durante ese proceso, logrando casi al final del embarazo producir unas 100 billones de neuronas con 100 trillones de conexiones – denominadas sinapsis neuronal -. El bebé recibe a través de la madre toda la estimulación sensorial que dinamiza las funciones correspondientes a la función cognitiva, por lo que dichos estímulos sensoriales, combinados con estímulos afectivos recibidos durante este periodo constituyen el primer acercamiento del individuo con el desarrollo cognitivo.

En este orden de ideas, Dirix y Nijhuis (2009) contemplan una denominada memoria fetal, que aparece después de las 30 semanas de edad gestacional; dicha memoria indica que los fetos son capaces de recordar información por un lapso de un mes.

Por su parte, Cabanyes (2014) plantea que las evidencias del neurodesarrollo señalan que algunas funciones neuropsicológicas complejas dan inicio antes de

que el bebé nazca, y son estas funciones las que predisponen al niño a determinadas estrategias de aprendizaje, sistemas de autocontrol, recursos de interacción, control de las emociones, etc. De la misma manera, apoya a Dirix y Nijhuis al afirmar que las respuestas del feto a estímulos, se dan con una cierta discriminación y diferenciación asociadas a la memoria y al aprendizaje.

Si bien correspondería ahondar más en el neurodesarrollo antes de afirmar que el autor está en lo correcto, la oportunidad de utilizar esta información en la intervención psicopedagógica, por ejemplo, el diseño de un curso o taller sobre el desarrollo cognitivo del niño dirigido a padres o educadores, conveniente al LIE, se hace patente, puesto que orientar y sensibilizar a los padres y familia no solo podría tener un efecto inmediato en el feto, sino también a futuro, cuando el niño se encuentre en contacto con el exterior, a partir de las prácticas de crianza que potencien su desarrollo.

Con lo anterior se hace visible que la estimulación sensorial es una oportunidad para activar el desarrollo del bebé antes de que nazca, pero además es un área en la que la madre y las personas que la rodean pueden tener gran impacto, ya que permite que se exista una relación con el niño y no esperar a que este nazca para comenzar a interesarse en él y en su desarrollo sensorial y cognitivo. Esto aportaría considerablemente en dos aspectos: involucrar a los padres en la estimulación del bebé después de nacer y fortalecer el área sensorial, el área cognitiva y el área emocional del pequeño.

2.3 Desarrollo psicoafectivo

Las teorías del desarrollo sensorial van de la mano con las nuevas tecnologías, a través de un ultrasonido, pruebas de sangre, pruebas de movimiento, etcétera se puede conocer más acerca del avance que tiene el feto, de una manera más clara y puntual. Sin embargo, no hay tecnología suficiente aún para establecer qué tanto impacto tienen los hechos externos en la formación de la psique del niño

intrauterino; y por hechos externos nos referimos a los tonos de voz, a los pensamientos – positivos y negativos – además del ambiente que rodea a la madre, por lo que el conocimiento que hay al respecto se sustenta en teorías.

Enesco (2003) describe que el feto, durante la gestación, recibe impactos a nivel celular y molecular, donde cada célula se convierte en una conciencia que recibe información, la interpreta y la graba, por lo que se puede concluir que el feto tiene una memoria abstracta e inconsciente, y de esta manera, reacciona a información positiva o negativa, por lo que el estímulo afectivo se vuelve uno de los más valiosos que tiene el feto para un desarrollo mental, físico y emocional óptimo.

Los primeros estímulos afectivos que recibirá serán por parte de la madre, quien será durante al menos nueve meses, su principal fuente de contacto con el mundo. Verny y Kelly (1981) dicen que a partir del sexto mes, el niño no nacido puede discriminar, de manera sutil, las actitudes y los sentimientos de la madre.

Socialmente, las expectativas que se tienen del embarazo están relacionadas con el amor y la protección incondicional, por lo que las alteraciones y sentimientos negativos suelen estar acompañados de estrés, lo que tendrá un impacto en el desarrollo del niño no nacido. Por ello es importante que la madre, principalmente, reciba asesoría emocional sobre el desarrollo gestacional, y la educación prenatal se perfila como una opción viable para abordar este proceso.

Al respecto, Rottmann (cit. en. Verny, 1981) explica que los resultados de sus investigaciones arrojaron que los hijos de las madres que deseaban tenerlos se desarrollaron de manera más saludable durante el embarazo y en los primeros años posteriores al nacimiento, contrario a lo que sucedía con los hijos de madres que no deseaban tenerlos, quienes demostraron bajo peso, problemas físicos y predisposición a trastornos emocionales.

En relación con el desarrollo sensorial, Verny y Weintraub (1992) defienden la idea de que el niño intrauterino no entiende las palabras, pero si el tono emocional de la voz materna, por lo que además de ser importante el estímulo de hablarle al niño, debe considerarse el tono con el que se dirigirán a él, lo que se relaciona con

lo propuesto anteriormente por Blay, quien no solo considera el audio como un sentido aislado, sino que además hay una correlación con los cambios fisiológicos y los emocionales.

Aunque no es posible aseverar que sea un patrón y un hecho dado, Enesco (2003) afirma que si existe una relación entre los sentimientos de la madre y la conformación de la psique del niño. Rojas y Pujol (2009) hacen la aclaración de que únicamente cuando el sentimiento negativo permanece durante mucho tiempo puede convertirse en algo nocivo. En definitiva no es posible determinar si una madre es “buena” o “mala” basándonos en si desea o no a su hijo no nacido, ya que se deben hacer consideraciones del contexto, por lo que se pueden establecer criterios que aporten al desarrollo óptimo del niño intrauterino a partir de los pensamientos que tenga la mamá sobre su bebé, pero en lo correspondiente a este ensayo, las consideraciones se basan en una mujer que decidió tener a su hijo y éste es deseado.

Sin embargo, tampoco resulta idóneo usar como único criterio los pensamientos de la madre, ya que los cambios emocionales durante el embarazo son diversos, y algunos están condicionados por los cambios fisiológicos, como el aumento de hormonas y la etapa puede verse inmersa en retos emocionales muy importantes, en los cuales van a impactar diversos aspectos, desde las expectativas sociales, el ambiente de pareja, si es que se tiene, hasta la zona en la que vive.

Para Martin, Saucedo y Lartigue (2008), los cambios emocionales en la futura madre se presentan en tres fases; la primera de ellas se denomina “estoy embarazada”, y sucede cuando la madre, centrada únicamente en ella, se da cuenta de sus cambios. La segunda fase ocurre cuando se da cuenta de que existe otro ser creciendo dentro de ella y la nominan “estoy esperando un bebé”; la última fase ocurre cuando la madre hace partícipe a otra persona, generalmente el padre, y la llaman “estoy esperando un bebé de...”. Sin embargo, las fases propuestas por estos autores no dejan claro el impacto en la psique de la madre ni indican alguna temporalidad, por lo que resulta complicado poder definir cuando la madre transita de una fase a otra o qué ocurre si no lo hace.

Por otro lado, Bydlowski (1997) define al embarazo como un estado en el cual todas las emociones y los sentimientos toman fuerza y dejan entrever temores y recuerdos del pasado, haciendo de ésta una etapa en la cual las necesidades y conflictos individuales (de la mujer) y de pareja se muestran con mayor facilidad.

También se encontró que hacia el final del embarazo, la madre comienza a presentar el denominado “síndrome del nido”, algunas mujeres pueden sentir la necesidad de limpiar su casa, acomodar las habitaciones, preparar la infraestructura para la llegada del bebé, etc., otras pueden dedicarse a preparar las maletas para el hospital, acomodar la ropa del bebé o lavarla una vez más. No obstante, esta información se ha encontrado en páginas de internet para padres, pero carecen de sustento teórico, motivo por el cual no considero que sea parte de una etapa o una generalidad, ya que no representa a un porcentaje de mujeres.

En este punto, es importante aclarar que la educación prenatal no pretende señalar ni juzgar las emociones de la madre respecto a su embarazo y su futuro hijo, sino mostrarle las posibilidades que tiene para apoyarlo y recibirlo en las mejores condiciones posibles. Por ello, la identificación del contexto de la madre es prioritario para los interventores que quieran desenvolverse en este campo, ya que, si bien se pretende obtener generalidades para trabajar este tema, pedagógica y socialmente no corresponde al Interventor Educativo sobrellevar emocionalmente a las madres ni a las familias; aquí se hace visible la necesidad de un trabajo conjunto con los especialistas adecuados, como psicólogos o psiquiatras.

Por otro lado, en el sentido del apego, Bowlby (1985) plantea que el establecimiento de este, es mutuo, en una relación de intercambios. Entonces, ¿cómo podría establecerse un vínculo entre ellos si no se ven? Como lo mencioné anteriormente, el bebé no se encuentra indiferente dentro del vientre materno, responde a los estímulos del exterior, especialmente a los de la madre, y si es capaz de responder, es capaz de establecer un vínculo con ella. Por ello, no es necesario que la madre lo sostenga en brazos para ser consciente del otro, ni

esperar a que el bebé sea alimentado y cuidado para identificarla como un ser que le proporciona estabilidad.

Ainsworth define al apego de la siguiente manera:

Se entiende como apego el lazo afectivo que existe entre una persona y otra, un lazo que les une en el espacio y perdura a través del tiempo. El objetivo comportamental del apego es obtener y mantener un cierto grado de proximidad con la figura de apego, que puede variar desde un contacto físico intenso, bajo ciertas circunstancias, a una interacción o comunicación (Ainsworth et al., 1984).

Con ello, se entiende que no es necesario el contacto físico para formar un vínculo, pues también se puede mediante la interacción, la cual se puede dar entre la madre y niño, lo cual supone que entonces dicha interacción se puede dar aun con el bebé dentro del vientre materno. Siguiendo con Ainsworth, esta comunicación entre ambos es bilateral, es decir, los dos responden entre sí; esta comunicación se puede dar por medio de movimientos por parte del bebé, y táctil y vocalizada por parte de la madre, esto demuestra que al promover que la madre le hable a su bebé, no solo estimula sensorial y emocionalmente, sino que además permite que poco a poco se establezca el vínculo con su bebé, lo que será de gran utilidad una vez que nazca el bebé, ya que se espera que la madre sea más receptiva con las sugerencias que le permitan a su bebé tener un desarrollo de calidad y a ella una recuperación óptima.

En este sentido, Rojas y Pujol (2009) establecen tres canales para la formación del vínculo: el canal fisiológico, el canal conductista y la comunicación simpática. El canal fisiológico está relacionado con el desarrollo biológico del feto, quien se encarga de su supervivencia en el útero, a través de la conformación de los elementos necesarios, como son el cordón umbilical, la placenta y la producción de hormonas. El canal conductista condiciona a la madre a evitar las actitudes y acciones que puedan alterar al feto, que se manifiesten a su vez a través de movimientos bruscos y patadas, lo que le provoca malestar a la madre. Por último, el canal de comunicación simpática implica que los sentimientos de la madre

tienen impacto sobre el comportamiento del niño intrauterino – cuando son negativos, la actividad del feto suele ser pasiva - pues los sentimientos de amor y aceptación se han relacionado con niños mentalmente fuertes y extrovertidos.

Revisando lo anterior, se pueden visualizar los aspectos que el Interventor educativo puede trabajar dentro de la Educación prenatal; para ahondar en el canal fisiológico es necesario un trabajo multidisciplinario entre médicos, enfermeras y el Interventor, uno ejemplo de lo que se podría trabajar desde la intervención es la nutrición durante el embarazo y los efectos en el feto. En cuanto a los canales conductista y la comunicación simpática pudiesen trabajarse en compañía de Trabajadores sociales, psicólogos y el Interventor educativo a través de cursos y talleres, los cuales son la fortaleza del Interventor puesto que el diseño de los mismos es una de sus competencias.

Por otra parte, el psiquiatra Campos (2007) concibe al vínculo como un sostén, mediante el cual la madre manipula y cría al bebé para evitarle sensaciones bruscas e intensas del ambiente; y en este sentido, el pediatra Winnicott (cit. en Campos, 2007) denomina a este sostén capacidad maternal primaria, estableciendo que dicha capacidad aparece en último trimestre del embarazo, es decir, a partir del sexto mes, desarrollándose de manera creciente. Campos, por su parte, no lo llama vínculo, y, contrario a Bowlby y Ainsworth, plantea que este se da únicamente de la madre hacia el niño, como un instinto.

Asimismo, una de las características que Winnicott (cit. en Ancona, 2005) establece, es que dicha capacidad es instintiva y no depende de la capacidad intelectual de la madre. Respecto a ello, considero que es una afirmación que puede ser puesta en entredicho, ya que se conocen casos en los cuales las mujeres regalan o abandonan a sus hijos o mujeres que han declarado que no sienten de inmediato esa necesidad de proteger o amar al otro. Sin embargo, considero que el contexto en el que se desarrolla el embarazo tiene una gran influencia sobre esta capacidad maternal, por lo que, por medio de la re educación con las madres durante el embarazo, se pueden promover cuidados y una crianza respetuosa, incluso sin sentir ese “instinto”.

Por su parte, el mismo autor señala que capacitar a la madre en los temas sobre crianza y cuidado del bebé, perturban el instinto maternal. Campos (2007) lo respalda afirmando que debería ser prioritario proteger a las madres para que desarrollen su instinto materno, lo cual se contrapone con sus planteamientos. ¿Educamos o no educamos a las madres? Si se tratase de un instinto, no tendría por qué protegerse a las mujeres, puesto que, incluso si les repitiera mil veces lo que se debe hacer con su bebé, la madre lo haría, cosa que no siempre sucede, especialmente si en el ambiente existe una tensión que la estrese. Asimismo, eso implicaría que el niño es un ser pasivo, al ser la madre quien desarrolla el instinto de protegerlo, considerando que mientras esté dentro de su vientre, nada puede ponerlo en riesgo.

Con esto, mi postura es de rechazo hacia la propuesta de Campos, quien solo considera al ambiente como un inhibidor del instinto, y no como la posibilidad de desarrollar en la madre un interés consciente sobre su hijo, esto implicaría que el contexto donde nace y se desarrolla un niño no tiene influencia sobre su proceso, lo cual se contrapone con investigaciones y la misma formación del LIE, puesto que el ambiente es elemento clave para generar estrategias. Asimismo, pareciera que el autor no contempla las diferencias emocionales que existen en las madres gestantes, las cuales, repito, la mayoría tienen que ver con el ambiente en el cual se encuentran.

En este sentido, el mismo autor emprende contra la estimulación temprana – considerando que, por el sentido de la educación prenatal, ésta también se cataloga estimulación temprana – afirmando que hay que dejar que el bebé se desarrolle con el potencial heredado, lo cual me parece un retroceso, considerando los avances en el tema, puesto que, como lo presenté anteriormente, existen pruebas de que el feto no es un ser pasivo, y esperar a que la herencia haga todo el trabajo, no parece demostrar el interés en el niño ni en su desarrollo futuro, puesto que se repetiría el ciclo que precisamente se intenta romper con la educación.

Por todo lo anterior, encuentro que el desarrollo psicoafectivo durante el embarazo aún es un tema en el que queda mucho camino por recorrer; actualmente se tiene la ventaja de contar con la tecnología adecuada y no invasiva, que permite monitorear las reacciones del bebé dentro del útero. Estos avances se convierten en un campo laboral para el Licenciado en Intervención educativa, pues, si bien su especialidad no está relacionado con el área médica, la Educación prenatal no refiere únicamente al aspecto de salud, sino a todo un tema educativo dentro del campo de la salud, especialmente para la línea de Educación Inicial, pues para los LIE de esta línea específica es una pauta de investigación e intervención, considerando los elementos que obtienen a partir de la revisión de temas como el campo de la educación inicial, el desarrollo físico-motor, la salud y la nutrición en la infancia temprana, la familia y comunidad como agentes educativos y por supuesto, el diseño curricular de la Educación No formal, que, por las características presentadas a lo largo de este capítulo, se entiende que la Educación prenatal corresponde a la Educación No formal.

Asimismo, está en las posibilidades del LIE demostrar que, contrario a lo que dice Campos, apoyar a las madres con el desarrollo de sus niños comprende más beneficios de los que se piensan, por ejemplo, el establecimiento de una comunicación bilateral consciente entre madre e hijo ayuda a fortalecer la psique de ambos.

En otro sentido, el tema del vínculo materno si ha presentado posiciones contrarias, pues, como ya se mencionó, algunos autores lo establecen como algo instintivo y otros proponen que hay más elementos que el instinto maternal. Como LIE, considero, al igual que Bowlby, que el vínculo se va a formar a partir de las condiciones que rodean al embarazo; por ello valdría la pena investigar las circunstancias de los padres para así definir la intervención dentro de la Educación prenatal.

Lo anterior es un punto muy importante y que debe ser considerado en todo momento, por lo que implica que el LIE tiene que formarse en lo correspondiente al embarazo y todos los temas que le rodean, ya sea a partir del trabajo

multidisciplinario o a través de investigaciones por el mismo Interventor, lo cual presenta dos campos en los que puede incidir: la investigación y la intervención directamente; la competencia del LIE es base para que la Educación prenatal pueda llevarse a cabo y cumpla con el objetivo, que es fortalecer a los padres en la educación del niño antes de que nazca para incidir en su desarrollo integral una vez haya nacido.

Por todo lo mencionado, además de considerar que la educación prenatal es un campo laboral para el Interventor educativo, quiero hacer énfasis en la necesidad de que dicha intervención se dé con un equipo multidisciplinario, como médicos (pediatras, ginecólogos), enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos.

Uno de los elementos esenciales de la educación, es la transformación del sujeto, por lo que considerar dejar al niño que haga uso de los recursos que tiene, tal como lo plantea Campos al negarse a la estimulación, en lugar de proporcionarles al pequeño y a sus agentes educativos elementos para potenciar su desarrollo me parece poco transformador. Con ello no desmerito el potencial heredado, el cual es importante dentro del proceso evolutivo del niño, pero si propongo un equilibrio entre no forzar, desvalorar ni juzgar el desarrollo y al mismo tiempo facilitar a los padres herramientas para optimizar dicho desarrollo, siempre en pos de dos aspectos: el respeto al niño y su crecimiento integral.

Dicho equilibrio es precisamente lo que intento con la idea de la Educación prenatal, pues no se basa sólo en la estimulación directa con el niño, la cual es importante para monitorear su actividad y fortalecer elementos del desarrollo, sino también en el trabajo en equipo con los padres – especialmente la madre al ser el contacto principal, como ya lo mencioné – y la familia.

Apartado III. El niño y su primer año de vida

Después de nueve meses, el momento del nacimiento de un bebé es uno de las experiencias que los padres recuerdan con mayor facilidad. Durante mis vivencias en una estancia infantil, al momento de llenar formas, siempre se preguntan aspectos relacionadas al parto, como el APGAR obtenido, el peso al nacer, si se realizaron o no estudios neonatales, etcétera. Si los niños entran después del primer año, también se hacen preguntas sobre la edad a la que empezó a gatear o caminar, la edad de sus primeras palabras, entre otras preguntas. Esto me llevó a preguntarme el por qué se le da tanta importancia a estas edades, lo que a su vez me orilló a interesarme en una carrera relacionada con la educación. Esta respuesta provocó otra pregunta, ¿qué pasa con los niños antes de que entren al preescolar? Durante mi tiempo en el centro infantil observé a las maestras trabajar motricidad fina, motricidad gruesa, lenguaje, hábitos de higiene y valores, pero sobre todo las veía jugar con los niños, que, según su edad, respondían a los juegos de las maestras.

Mi interés estaba centrado en los bebés menores de un año, porque, a diferencia de los niños que ya se desplazaban corriendo o brincando, ellos miraban atentos a los demás desde una misma posición, ya fuera sentados o recostados, lo que limitaba su visión. Era fascinante porque me preguntaba qué era lo que veían y si entendían lo que los niños más grandes hacían. Con el paso del tiempo y la licenciatura aprendí sobre los estadios piagetianos, el desarrollo psicomotor, el desarrollo sensorial, cognitivo, psicoafectivo y social; con ello comprendí un poco más el mundo de los bebés, pero se formaron otras preguntas, que iban un poco más atrás, específicamente en el periodo del embarazo; ya conocía qué era lo que sucedía durante los primeros años de vida, pero sólo desde ciertos ámbitos, entonces ¿todos los bebés pasaban por el mismo proceso, independientemente de su proceso de gestación?. Esa pregunta fue la que me llevó a realizar este ensayo, al final de la carrera.

Sin embargo, no se puede dar una respuesta a dicha pregunta sin explicar qué es lo que sucede en el primer año de vida, y me refiero a los primeros doce meses porque es en este periodo donde ocurren pautas del desarrollo que pueden modificar aspectos del desarrollo. Con ello no quiero afirmar que lo que ocurre después no es importante o que lo que sucede en estos doce meses deja marca para siempre, pero después de lo revisado a lo largo de la licenciatura sí implica que este periodo es de grandes cambios y un momento trascendente para poder actuar.

Además, es en estos doce meses – o en algunos casos menos tiempo – cuando la madre se encuentra de incapacidad en el trabajo o decide dedicarlo a la crianza del bebé, la cual al mismo tiempo se cruza con la lactancia materna.

Por otro lado, es durante este primer año cuando los cambios biológicos del bebé se producen de manera más rápida, es decir, crece más rápido, aumenta más de peso, sus huesos se modifican, comienza la alimentación con sólidos, etcétera; y son estos cambios precisamente en donde se puede incidir, ya sea directa o indirectamente.

De la misma manera que acontecen cambios en el bebé, también suceden cambios en la dinámica familiar, que, si bien no corresponde describir en este ensayo, pueden incidir en el desarrollo del bebé, especialmente la relación entre madre e hijo, que es la relación más común. En algunos casos, no es la madre quien se hace cargo del bebé durante este periodo, por diversas razones, por lo que el desarrollo de este capítulo, en específico lo relacionado al vínculo materno, puede considerar al cuidador.

Para el LIE con la línea de Educación Inicial, el recorrido por el desarrollo durante el primer año de vida es un camino conocido, pues durante ocho semestres se trabaja por y para potenciar este periodo, además de formarnos en competencias que nos permitan adecuarnos a las necesidades de cada niño, de cada familia o incluso de instituciones y programas que se enfoquen en los pequeños de esta edad.

3.1 Vínculo materno – infantil en el primer año de vida

Para las mujeres, nos es frecuente escuchar comentarios acerca de la maternidad, especialmente observaciones acerca del amor incondicional de una madre, la protección inestimable y los sacrificios que se hacen por dar vida a un nuevo ser. Culturalmente hemos escuchado que estos sentimientos son naturales e innatos; es decir, que cuando una mujer se embaraza automáticamente salen a relucir esos sentimientos maternales y se verán reflejados en el vínculo que se forma entre madre e hijo, vínculo que, además se dice, se forma instintivamente. Como ya se describió en el capítulo anterior, existe un debate entre el instinto y la capacidad maternal; desde mi punto de vista el instinto maternal es una construcción social que responde a ciertas expectativas, lo que implica que el vínculo también es social y no instintivo, por lo que la participación de un agente educativo puede aportar oportunamente y en beneficio del niño y de la madre.

La dimensión afectiva del vínculo materno se explica a partir de López (1995), quien describe que los vínculos son una de las bases más sólidas del desarrollo social; la compañía y el cariño de los otros es tan importante para el desarrollo que es una necesidad básica, por lo que el reconocimiento de la presencia del otro, en este caso la madre, es no solo importante, sino también necesaria.

Un vínculo afectivo proporciona la estabilidad que se necesita, da el sentimiento de seguridad y respaldo en las decisiones. Un niño recién nacido, no tiene decisiones que tomar, pero si requiere sentirse cuidado y protegido, por lo que se deben fortalecer los afectos, principalmente por parte de la madre, quien tiene en sus manos la oportunidad de aportar de manera inmejorable al desarrollo de un niño por nacer que después se formará como un adulto, por lo que el tipo de relación que se cultive durante este proceso puede influir en las actitudes afectivas que tendrá en un futuro.

No obstante, hay autores que, si bien no niegan la existencia de un vínculo, establecen que la formación de éste tiene que ver más bien con las expectativas

socioculturales que con las biológicas, como lo es el instinto. Badinter (1981) plantea que el amor maternal y la formación del vínculo afectivo no son naturales ni están arraigados en la naturaleza de la mujer, sino que se corresponden con las exigencias sociales.

Por tal motivo, es importante contemplar otro agente con el cual se puede formar un vínculo: el padre. Rojas y Pujol (2009) hacen mención de un aspecto cultural generalizado: el dejar a un lado la participación del hombre y formar a partir de ello el vínculo con el hijo que está por nacer. Los autores plantean que el mensaje que el niño recibe con la poca participación del padre es que éste no está interesado, lo que refuerza la dependencia del niño hacia la madre. Por ello, en caso de que la madre tenga una pareja, lo ideal es que su participación sea igual de activa que la de ella.

Parke (cit. en Ancona, 2005) afirma que los padres varones responden a las señales de los bebés de manera efectiva, al igual que la madre; asimismo, Pruett (cit. en Ancona, 2005) menciona que tanto padres como madres tienen las mismas competencias de crianza y es lo que realmente importa para el desarrollo de los niños.

Aunque se requiere profundizar más en este elemento, se puede observar que el involucrar al padre puede aportar mayores beneficios al establecimiento del vínculo, además de proporcionar apoyo moral a la madre. Con esto no quiero insinuar que sin la presencia del padre no se pueda llevar a cabo un despliegue emocional normal tanto en el niño como en la madre, por lo cual decidí no ahondar más en el tema, además de considerar que en la diversidad familiar actual, el padre no siempre es el biológico, o no es la pareja de la mujer (puede ser un tío o un abuelo), y me parece que cada uno de esos casos requiere de otras miradas, que si bien pueden – y requieren - ser abordadas también en la educación prenatal, para lo que compete a este ensayo, no se revisaran. La pregunta que queda pendiente para otro trabajo de investigación será ¿Y cómo funciona la educación prenatal en las familias diversas?

Por todo lo anterior, la postura que mantengo respecto a la conformación del vínculo materno – infantil tiene que ver más con la satisfacción de necesidades básicas, como el afecto, la compañía, el cuidado y la conformación de un ciudadano de bien, que con “el amor de madre instintivo”.

El establecimiento positivo del vínculo tiene relevancia en la formación futura de los sujetos, tanto en la relación con los demás como en la relación con ellos mismos y la construcción del yo, por lo que es importante cimentar un vínculo efectivo entre ambos, y esto puede realizarse si se involucra a la madre y se le permite reflexionar sobre ello. No se trata simplemente de darle información y dejar que ella decida, sino de propiciar un momento de reflexión y de encuentro con sus necesidades.

3.2 Lactancia y apego seguro en el primer año

De forma inmediata al nacimiento, el primer contacto del bebé debe ser con la madre, esto con la intención de darle paso a la lactancia materna a través del alojamiento conjunto. Ahora, ¿qué con estos dos términos y quién dice que así debe ser?

La lactancia materna es un término utilizado para señalar la alimentación a través del seno materno; ésta es recomendada como el primer alimento que debe recibir todo recién nacido y lactante en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida, mínimo, hasta los dos primeros años de edad, esto como declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Como una forma de propiciar la lactancia de manera inmediata, se estableció el criterio de *alojamiento conjunto*, lo que quiere decir que el bebé debe permanecer en la misma habitación que la madre – a menos claro que se trate de un caso especial, como con los bebés prematuros y esté indicado por el profesional de la salud – dejando a lado los cuneros. Esto con la intención

de que el bebé sea alimentado a libre demanda y no cada que una enfermera le lleve a su hijo.

Los beneficios de la lactancia materna exclusiva son diversos, pues tienen influencia física y emocional, cabe aclarar que la lactancia se denomina *exclusiva* puesto que no se le da leche de fórmula durante los primeros seis meses, ya que después de estos, los bebés están listos para recibir otros alimentos, como las papillas y más adelante, los alimentos sólidos. Para efectos de la relación entre el establecimiento del apego, se considera hablar únicamente de la lactancia y no de la alimentación en general después de los seis meses de edad.

La American Academy of Pediatrics (AAP) en Estados Unidos y la Asociación Pro Lactancia en México, coinciden en que entre los beneficios para el bebé se encontró que tienen menos probabilidades de contraer enfermedades como diarrea, enfermedades por estafilococos y bacterias, así como menos infecciones respiratorias. También tienen menos riesgo de sufrir muerte neonatal⁹ y el Síndrome de Muerte Infantil Súbita¹⁰ tienen menos caries y menos probabilidades de sufrir asma, obesidad y diabetes.

Entre los beneficios para las madres, se encontró que se recuperan con mayor rapidez, tienen más probabilidades de recuperar su peso y menos de sufrir osteoporosis y cáncer ovárico. Además, se muestran más confiadas y menos ansiosas.

Una mujer que recibe información antes del momento de comenzar con la lactancia, puede tener mayores posibilidades de generar una lactancia materna exitosa, pues será consciente de los beneficios que ésta les proporciona a su bebé y a ella misma. La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo

⁹ Papalia describe al periodo neonatal como un periodo que abarca las primeras cuatro semanas de vida, por lo que la muerte neonatal se refiere al deceso del bebé durante este periodo. Entre las causas de muerte más frecuentes, según la UNICEF (2008) se encuentran infecciones, neumonía, tétanos y diarrea, las cuales disminuyen en niños que se alimentan con leche materna, pues dentro de sus características se encuentran nutrientes y elementos que protegen al organismo del bebé.

¹⁰ El Síndrome de Muerte Infantil Súbita (SMIS) también se llama *muerte de cuna*. Es definido como la muerte repentina de un niño menor de un año, en apariencia saludable, por una causa inexplicable.

saludables. En México, a través de los años, la condición del amamantamiento se ha ido modificando según las necesidades laborales de las madres, problemas de salud relacionados con estrés o la negatividad de las mamás al considerar que exponen sus cuerpos, especialmente los senos.

Sin embargo, la lactancia no solo satisface las necesidades fisiológicas del niño, aportando alimento y anticuerpos, sino que además proporciona al niño el contacto y calidez que necesita en los primeros meses de vida.

Culturalmente, se cree que las mujeres saben amamantar como un instinto más, pero lo cierto es que hasta hace unos años, la venta de fórmulas lácteas se elevó drásticamente en el mercado. Las encuestas arrojaron que si bien la primera causa se debía a la inserción de la mujer en el ámbito laboral, la segunda causa estaba relacionada con la insuficiencia de producción de leche y el rechazo del niño al pecho materno. (APROLAM, 2015). Estos datos nos llevan a hacer una revisión y al sistema de salud lo obligan a replantearse los esfuerzos que se están haciendo en pro de la lactancia, por lo que la lactancia materna exclusiva retoma fuerza y se propicia en las instituciones de salud.

En México, los sistemas - educativos, de salud, políticos, etc. - se rigen por normas que establecen criterios que deben ofrecer los servicios públicos. Para el sector salud, NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

Alguna de las especificaciones de esta norma con respecto a la lactancia establecen que toda unidad de atención médica deberá tener criterios y procedimientos para el alojamiento conjunto del recién nacido normal y la madre, durante su permanencia en ésta, además, deberá informarse diariamente a embarazadas y mujeres que acaban de dar a luz acerca de los beneficios de la lactancia materna. En las unidades médicas no se permite la distribución gratuita y la promoción de leche artificial.

Con ello, se encuentra otro elemento para retomar en la Educación prenatal, pues es importante hacer llegar a las madres esta información para que pueda hacer

uso de su derecho y tomar una decisión consciente e informada en caso de que no reciba la atención que establece la Norma. La transparencia de la información es un tema bastante preocupante en nuestro país, y aunque se tiene fácil acceso a las Normas Oficiales – sobre todo con el acceso a Internet -, es sustancial darle a conocer a todas las personas los elementos que las conforman, con la intención de que hagan valer su derecho al servicio y confirmar que reciben atención oportuna y adecuada a sus necesidades; asimismo es otro campo de oportunidad para el LIE, pues la capacitación al personal de salud es una necesidad permanente y qué mejor que el experto en procesos educativos para diseñar espacios que permitan el crecimiento basado en dichas necesidades.

Retomando lo anterior, otro de los esfuerzos del sistema de salud recae en el contacto temprano piel a piel y el alojamiento conjunto, que además de propiciar la lactancia materna, apoyan al establecimiento de una relación sensible y de protección.

Bowlby (1985) denominó a esa primera relación como apego y planteó que ese vínculo tiene un valor importante para la supervivencia de los sujetos; el autor dice que en las relaciones del niños con las figuras de apego, el pequeño construye un modelo del mundo y de él mismo, a partir del cual actúa, comprende la realidad, anticipa el futuro y construye sus planes. Una vez que el niño ha nacido, es necesario que se construya y se constituya como un ser individual, fuera del vientre, y esto lo hará a partir de la seguridad que adquiera durante los primeros meses de vida. El establecimiento de esta primera relación tiene una enorme importancia para las relaciones sociales posteriores.

El apego es un vínculo recíproco y duradero entre dos personas, cada una de las cuales contribuye a enriquecer la calidad de la relación (Papalia, 1984). Si el vínculo materno se establece durante el embarazo, la lactancia, el contacto temprano y el alojamiento conjunto ayudan a fortalecerlo durante las primeras horas del nacimiento

Yo me enfocaré en el apego seguro, que es definido por Ainsworth (1950) como un patrón en el cual un infante llora y protesta cuando el cuidador principal sale y

lo busca activamente a su regreso. Se denomina apego seguro ya que el niño es capaz de consolarse y demostrar resiliencia cuando enfrenta situaciones estresantes.

Para que el niño desarrolle un apego seguro debe de contar con los elementos necesarios; Bowlby (1985) declara que el establecimiento del apego se da cuando el niño construye un prototipo de la madre, confiando en ella y en su capacidad para obtener lo que necesitan; las madres que responden de manera sensible y tranquila a las necesidades de sus hijos suelen desarrollar un apego seguro con los niños. Meins (cit. en. Papalia, 1984) afirma que los niños con apego seguro muestran a futuro menos estrés al adaptarse a una guardería que los niños con apego inseguro.

A partir del establecimiento del apego seguro se pueden ver las posibles implicaciones que este tendrá en desarrollo del niño, puesto que es durante el primer año de vida cuando se puede incidir directamente con el pequeño, pero también con la familia, con la intención de que mantengan el vínculo con el bebé; como Licenciados en Intervención Educativa se puede contemplar este hecho como una vía para abordar el desarrollo socioafectivo óptimo, pues al propiciar la lactancia materna y el establecimiento de un apego seguro, además de que se beneficia directamente al niño, se pueden favorecer actitudes positivas hacia la educación inicial por parte de los padres.

Con esto, el LIE se coloca una vez más en un agente cuya labor puede potenciar y aportar al desarrollo integral, a través de la educación no formal, principalmente, puesto que cuenta con las competencias necesarias para realizar un trabajo exitoso, tanto en el conocimiento de las esferas del desarrollo como en el trabajo con grupos y con la familia, considerándolos como agentes educativos; de igual manera resaltan las competencias en el diagnóstico, lo que le permite trabajar de acuerdo a las necesidades particulares de cada familia y no solo con base en elementos generalizados.

3.3 Desarrollo sensorial y cognitivo

Los primeros años de vida son críticos para el desarrollo cognitivo; en la línea de Educación Inicial reforzamos la idea de que potenciar el desarrollo en este periodo conduce a una adultez óptima; no obstante, reconozco que el desarrollo no es algo que se quede estático, y que las personas somos seres de experiencias, tal como lo planteaba Ausubel (1964), por lo que no es garantía que, si el desarrollo en la infancia fue bueno, no existan problemas a futuro.

Sin embargo, no tendría sentido haber realizado una tesina sobre la importancia de re-educar a los adultos en el tema del desarrollo intrauterino y sus efectos en el desarrollo posterior al mismo, considerando los primeros doce meses después del nacimiento, si no existieran observaciones importantes. Es decir, ¿por qué una madre debe dedicar tiempo a estimular a su bebé? Pues bien, la respuesta es que al inicio de este ensayo aclaro un punto importante: no se pretende que los niños al ser estimulados se conviertan en genios o su IQ supere la media, sino que su desarrollo sea óptimo y acorde a su crecimiento biológico; lo anterior se puede lograr de dos maneras, la primera es trabajando solamente con el bebé, lo cual limitaría la intervención hasta el momento en el que este haya nacido – como es el caso de la estimulación temprana, que trabaja con el bebé de manera directa – y la segunda, a partir y con ayuda de la madre, y para eso se requiere primero educar a la madre.

Con la Educación prenatal se pueden abordar dos elementos clave para un desarrollo integral, pues se actúa acompañando al niño y además se acompaña a la madre, de manera profesional, para que potencie el crecimiento de su bebé y se informe de los beneficios de dicho acompañamiento.

Un bebé que ha sido estimulado durante el embarazo no es más inteligente o un genio – o al menos no hay pruebas suficientes para afirmar esto – pero si tiene mayores probabilidades de ser estimulado después de su nacimiento, pues su madre estará informada de los recursos que puede usar y de los beneficios que la estimulación tiene para un crecimiento saludable, por lo que, si decide acercarse a

la estimulación temprana o no, lo hará de manera informada y consciente. Por supuesto que para un LIE la mejor opción es aquella que le permita al niño crecer saludablemente de manera integral, y los recursos de la estimulación, más la dedicación de la familia son una fórmula que augura buenos resultados.

Ahora bien, ¿por qué el desarrollo sensorial y cognitivo es importante durante los primeros doce meses? En este punto es necesario aclarar que para el bebé, el desarrollo cognitivo se da a partir de sus experiencias sensoriales, como un primer contacto con el mundo. Dadas su condiciones físicas, las construcciones que hace del exterior se deben al uso de los sentidos y del movimiento, por lo que en estos doce meses no se puede considerar al desarrollo cognitivo como un proceso aislado. Por este motivo, es importante informar a los padres sobre pruebas que les permitan intervenir de manera inmediata en caso de encontrarse irregularidades; algunos estudios significativos son el tamiz auditivo, el cual se hace en los primeros días de vida, con el fin de detectar problemas en este sentido, además de informarse sobre los resultados de la exploración del recién nacido, instarlos a formular preguntas al médico que los atienda y a buscar información que pueda ayudarles en caso de ser necesario.

La Evaluación Integral del Niño Sano, guía formulada por el Instituto para el Desarrollo Integral de la Salud en el 2015, establece que se debe realizar una revisión al mes de edad, como un seguimiento rutinario, que le permitirá al especialista detectar diversas señales, especialmente las referidas al peso y al desarrollo neurológico. Este último es sustancial, pues a través de las respuestas del bebé a las pruebas, se podrán encontrar – o no – problemáticas que influyan en el desarrollo cognitivo.

El Instituto para el Desarrollo Integral de la Salud propone que las consultas se realicen al primer mes, al segundo, al cuarto, al sexto, al noveno y a los doce meses, esto con la intención de llevar un mejor control y poder formular una historia clínica que permita vislumbrar a tiempo el desarrollo del bebé, e incluso asistir a la madre en caso de ser requerido.

Ahora bien, sobre un desarrollo cognitivo sin alteraciones, y respondiendo al crecimiento normal, Piaget (1970) postuló que este se manifiesta en cuatro etapas principales: sensoriomotriz (desde el nacimiento hasta los 2 años); preoperacional (de 2 a 7 años); operaciones concretas (7 a 11 años) y operaciones formales (11 a 16 años). Por la correlación entre la lactancia materna y el establecimiento del apego seguro, la etapa que corresponde detallar en este ensayo es la sensoriomotora.

El *periodo sensomotriz* de acuerdo a la teoría de Piaget comprende desde los 0 años o el nacimiento hasta los 2 años de edad, la característica principal de este estadio es la coordinación de movimientos físicos y la construcción de esquemas de acción.

Durante el primer mes de vida, ciertos reflejos como son el de succión o el de agarre se activan automáticamente, el bebé modifica sus capacidades a través de la interacción con ciertos objetos mediante el ensayo y error hasta lograr construir un esquema de acción¹¹, reproduciendo acciones que conoce, mediante la autoestimulación. El bebé de 0 a 2 meses no tiene la permanencia del objeto, puesto que no presta atención a ningún objeto o persona que esté fuera de su campo de visión, esto es, si se dice la palabra “mamá”, él no será capaz de asociarlo a nada, a diferencia de quien está leyendo esto, quien en este momento está pensando en su madre.

Piaget (1970) desarrolla la etapa sensoriomotriz en seis subetapas, que se corresponden con las edades de los bebés.

La primera de estas subetapas es la de los reflejos, pues, como ya se mencionó, el recién nacido sobrevive a través de ellos, esta etapa abarca desde el nacimiento hasta el primer mes. La estimulación externa es bastante limitada, lo cual permite al bebé desarrollarse y adaptarse al entorno de manera natural.

¹¹ El autor denomina como esquemas a los patrones de organización del pensamiento, usados en situaciones específicas

La segunda subetapa es denominada reacciones circulares primarias; esta contempla del primero al cuarto mes, y el bebé ya es capaz de repetir actividades que le proporcionan placer, como chuparse el dedo, lo que le permite desarrollar cierta coordinación entre sus movimientos y lo que sucede cuando realiza algo.

La tercera subetapa abarca de los cuatro a los ocho meses y se caracteriza porque la actividad del bebé es intencionada, aunque sin una meta en particular, como agitar una sonaja. En este momento, el bebé se interesa por la acción y lo que sucede cuando se lleva a cabo esta acción.

La cuarta subetapa se establece de los 8 a los 12 meses de edad, y es aquí cuando las acciones se vuelven intencionales y con una meta, además de estar listos para anticiparse a ciertos sucesos, pues es en esta subetapa cuando aparece un término piagetiano muy importante: la permanencia del objeto. Esto implica que el bebé empieza a comprender que existe un objeto – o persona – aun cuando éste no se encuentre a la vista. En este momento, el gateo se vuelve muy importante, pues es a través del desplazamiento con el cual tendrá mayor libertad para explorar.

La quinta y sexta subetapa contemplan desde los 12 hasta los 24 meses, momento en el que se da paso a la siguiente etapa, que es la preoperatoria. Como hemos mencionado durante este documento, únicamente se contempla el primer año de vida, siendo este en el cual se presentan crecimientos importantes como la motricidad gruesa, el lenguaje preverbal, establecimiento de vínculos, etcétera. En este aspecto, las aportaciones del LIE se obvian, pues sus competencias están relacionadas con el trabajo educativo, especialmente para los LIE de Educación Inicial, que cuentan con los conocimientos referentes al desarrollo integral en la primera infancia, por lo que unificar la educación prenatal y durante el primer año de vida se convierte en un campo de trabajo e investigación con grandes oportunidades, y al mismo tiempo permite mirar el campo laboral más allá de espacios como centros de atención infantil y aulas de preescolar.

Por otro lado, el enfoque piagetiano es solo uno de los muchos que existen, entre ellos el enfoque constructivista, el conductista y el contextual social. Por su parte,

el enfoque constructivista plantea que el bebé se desarrolla cognitivamente a través de las experiencias previas en interacción con la recién adquiridas, por medio de la manipulación física de las cosas para después alcanzar una representación. Si bien podría decirse que Piaget explica sus etapas del desarrollo mediante este enfoque, él no hace referencia a las experiencias previas, sino a la edad en la que se encuentre el bebé.

Otro de los enfoques es el contextual social, que centra el desarrollo cognitivo en las influencias que tiene el medio ambiente – de manera más próxima los padres o cuidadores – en el bebé. Esto implica que son los adultos quienes, en su contacto con el niño, comparten actividades, con las cuales el bebé aprenderá, generará habilidades y valores propios de su cultura.

Por otro lado, y contrario al enfoque constructivista y contextual, el conductismo plantea que el desarrollo cognitivo se da por medio de la asociación de estímulos y respuestas, así como la conducta con las consecuencias. Esto implicaría que el bebé no forma por sí mismo el aprendizaje, sino que son los demás quienes van formando en él ciertas reacciones.

En este contexto, encuentro que para explicar el desarrollo sensorial y cognitivo, Piaget propone un esquema mucho más completo, que además permite observar el avance de manera paulatina y cuantificable; de igual manera, vale la pena considerar no solo la edad del pequeño para establecer sus logros y su desarrollo cognitivo, sino de la misma forma considerar el contexto en el que se encuentra y proporcionarle herramientas para que vaya construyendo su aprendizaje.

Para valorar el desarrollo cognitivo y además proporcionarles a los padres claves para una intervención temprana, existe la Escala HOME, la cual se encarga de medir la influencia del entorno familiar. Dentro de las claves que proporciona para fomentar la competencia cognitiva, se encuentran algunas como ofrecer estimulación sensorial pero evitar la sobreestimulación; darle un espacio al bebé para jugar, responder a las señales del pequeño, darle libertad para que explore, leerle desde edad muy temprana y proporcionar un ambiente cálido para él.

Como podemos observar, estas claves pueden realizarse desde que el bebé está en el útero, lo que podría facilitar a la madre llevarlas a cabo una vez que el bebé nazca y a lo largo del primer año de vida.

Aunque el tema de este ensayo no es propiamente la estimulación temprana, si es uno de los elementos que se deben tomar en cuenta, puesto que abarco el embarazo y el primer año de vida, y es justo en estos 12 meses en donde se abre espacio la estimulación temprana. Ambos son campos de desarrollo profesional para el LIE. La intención no es sobreestimular al bebé, sino acompañar a los padres en el proceso de crecimiento y aportarle ayuda para detectar problemáticas si las hubiera o potenciar en caso de que el crecimiento se vea más lento.

No obstante, es vital ser clara al respecto, considerando que ninguna de las etapas es ley, por lo que no se debe asustar a los padres si su bebé no se corresponde con la etapa en la que tendría que encontrarse; más bien se trata de ofrecerles respuestas y apoyo para que el bebé se acerque lo más posible a su desarrollo óptimo, o de ser necesario, acercarlos con algún especialista en el tema, siempre con la idea de que el LIE debe apoyarse con un equipo multidisciplinario.

3.4 Desarrollo social

Los niños, desde pequeños, comprenden que el acto de llorar va seguido por una atención por parte de su madre o de la persona que lo cuida o que los adultos le prestan atención cuando aprende a hablar, el niño tiene una necesidad primaria de vincularse a un adulto y ello constituye parte de su supervivencia al respecto; la pertenencia del niño en la sociedad es de gran importancia por dos razones: para la supervivencia del pequeño y para la prevalencia de la cultura.

La primera forma de comunicación del pequeño con los demás es a través del cuerpo y del pre lenguaje, por medio de movimientos y sonidos no verbales; el pequeño poco a poco comprende la función de esta relación y la utiliza – de forma

inconsciente – para relacionarse con los otros; el niño, al experimentar con su cuerpo, construye los datos significativos sobre los cuales irá estructurando su personalidad. Por ello, podemos ir visualizando que todos los elementos están relacionados, esto es, no se puede hablar de vínculo y apego, sin hablar de nutrición – lactancia materna – y de la misma manera, el desarrollo psicoafectivo se relaciona con el desarrollo social, y este a su vez se relaciona con el desarrollo sensorial y cognitivo, que al mismo tiempo, está estrechamente relacionado con la lactancia materna.

El mundo de relaciones en las que se encuentra inmerso el niño es de gran importancia para la interacción social, y es dentro de esta interacción social en donde se va formando la personalidad del niño. Vigotsky (1988) establece que el desarrollo humano se produce mediante procesos de intercambio y transmisión del conocimiento en un medio social, y la manera más eficaz de esta transmisión es partir del lenguaje. Para el bebé, la forma de comunicarse es a través del llanto, movimientos y balbuceos, pero conforme va pasando el tiempo, sus interacciones sociales se vuelven más complejas.

Los procesos conductuales de socialización de López (1995) se definen como la conformación social de la conducta, esta adquisición permite suponer que el niño está bien socializado si presenta conductas consideradas socialmente deseables, así como incitarlo a evitar aquellas que son juzgadas como antisociales. Algunos procesos conductuales involucran el conocimiento de valores, normas, control sobre la propia conducta y hábitos sociales; el proceso de adquisición de hábitos pasa por tres etapas: traspaso de información de la conducta; fijación de la misma, e integración en estructuras comportamentales más amplias.

El proceso de socialización no es un proceso aislado, sino que está en constante interacción con otros procesos del desarrollo, como son el desarrollo motriz, cognitivo, emocional y del lenguaje, por lo que no se debe hacer un pronóstico sin considerar todos los elementos anteriores, ya que todos conforman al niño.

Como conclusión de todo lo anterior, se puede observar que el aporte del LIE es claro, dada su formación, especialmente en lo referente al desarrollo infantil. Sin embargo, con el complemento de otros aspectos, tales como la lactancia, el apego y el vínculo materno – infantil se visualizan también otros ámbitos donde puede desarrollarse. Se pensaría que el desarrollo óptimo en los primeros 12 meses de vida del niño es vital para una evolución saludable, pero ¿qué pasa antes de esos 12 meses? Desde mi punto de vista, creer que el niño no es afectado por nada o solo empieza a crecer – en todas las esferas – a partir de su nacimiento es cerrar la posibilidad a educar en el potencial de los seres humanos. El LIE de Educación Inicial ya está formado en lo que sucede con el niño durante el primer año de vida, por ello revisa durante ocho semestres materias elementos que tienen que ver con el desarrollo motor, el lenguaje, habilidades del pensamiento, salud, diseño curricular para la educación inicial y muchas otras que le permiten conocer a profundidad lo que sucede con el bebé en un año; ahora bien, si esas competencias se unifican con las necesarias de la educación prenatal, se abre un panorama alentador para que desempeñe una labor transformadora, ¿y no es esa la finalidad de la educación?

Además, durante el tiempo que dura la carrera, los LIE escuchamos en el aula que las características del Interventor tienen el potencial para abrirnos camino y poder desempeñarnos en diversos ámbitos, más allá de la educación formal, ¿por qué no explorar este campo? La LIE representa a los agentes necesarios para responder al mundo cambiante, un mundo que permite explorar otros espacios, por lo que incursionar en el sector salud con aportes psicopedagógicos – como talleres de sensibilización para el personal, las madres y la comunidad en general – sobre la lactancia materna y sus beneficios, en el apego a partir del amamantamiento o en la educación prenatal y estimulación oportuna en la edad temprana se convierte en un reto profesional y además una gran oportunidad laboral y permite visualizar un campo más y no solo para trabajar la educación formal en preescolar.

Reflexiones finales

Una vez que se decide darle la vida a un nuevo ser, es importante que se piense conscientemente, pues no solo es una vida, biológicamente hablando, sino un ser que siente y que piensa, incluso aunque esté dentro del útero; es un ser que se expresa, que necesita afecto y acompañamiento para poder formarse integralmente.

Este proceso no empieza cuando está en los brazos de sus padres, tampoco cuando dice las primeras palabras o cuando va por primera vez a la escuela. Este proceso inicia mucho tiempo antes, en el momento en el que es concebido.

El embarazo es un periodo que, además de potenciar el desarrollo del niño, es un momento en el que se puede reflexionar sobre lo que se quiere y se espera para ese niño, sobre el futuro que se va a formar alrededor de él y cómo pueden hacerle – sus padres y la familia – para favorecer un entorno que sea rico en experiencias y le permita trascender.

Lo primero que se debe considerar es que la formación de una nueva vida atraviesa un proceso fascinante y crítico, pues es a partir de una célula que somos creados; la unión de dos células se convertirá en un bebé, un ser de aproximadamente tres kilogramos que seguramente hablará, gritará, llorará y sonreirá. Por ello, es importante que la madre, en primer lugar, y en compañía de la pareja, la familia y en general toda la comunidad, conozcan este proceso y lo que sucede en él, en todos los aspectos, pues durante nueve meses será la compañía de un futuro miembro en la familia.

A lo largo del ensayo se han revisado teorías que permiten dar cuenta del potencial que la Educación prenatal tiene, tanto en los aspectos directos con la evolución del niño y la madre como en el ámbito laboral para el LIE. La idea del trabajo del LIE en la Educación prenatal se corresponde con muchas de las competencias que este desarrolla y con el perfil profesional, pues se trabaja con madres, padres y familia, considerándolos como principales agentes educativos; también se encuentra la oportunidad de informar a la población en general y

capacitar a los trabajadores del sector salud en esta temática. Todo lo anterior en concordancia con lo que sabe hacer el LIE: intervenir desde la educación.

Uno de las primeras sugerencias a las que arribo con el desarrollo de este documento es la intención de llevar a cabo un taller, cuyo objetivo es acercar a las futuras madres y padres a la educación prenatal, así como crear el interés de introducir en los padres, la familia y la comunidad una conciencia de Educación prenatal, que propiciará un mejor desarrollo para todos los pequeños desde antes de su nacimiento. En este taller se abordarían las diversas técnicas de estimulación, como son las técnicas de relajación, de estimulación motriz, de estimulación sensorial, etcétera.

El interés de reconocer la importancia de aspectos afectivos en la relación de las mamás y papás con los bebés durante el embarazo radica en el gran beneficio que estos aportan al desarrollo físico y emocional del bebé, contribuyendo a que su crecimiento sea lo más saludable posible.

Otra sugerencia, retomando un punto básico para el crecimiento sano y con beneficios tanto para el bebé como para la mamá es el de la lactancia, un tema que se ha desarrollado alrededor de muchas tradiciones y mitos, por lo que con la creación de un curso – taller en el que se pueda presentar información sustentada en investigaciones científicas que pueden ayudar no solo a las mamás que se encuentran lactando, sino también hacer partícipes a papás, mamás embarazadas y población en general, abarcando temas como las características de la leche materna, beneficios, ventajas y problemas frecuentes de la lactancia, así como técnicas adecuadas de amamantamiento. Esto con la intención de reeducar a los actores principales de este tema.

Sin embargo, estas ideas sobre la educación prenatal son apenas acercamientos de manera general, puesto que la idea es considerar el contexto de la población. La educación se enfrenta a muchos retos, y la educación prenatal tiene por delante algunos retos políticos, culturales y económicos. No obstante, el trabajo de este ensayo tiene como objetivo visibilizar las fortalezas que tiene esta educación, con la intención de que, a través del cambio paulatino, se pudiera ir considerando

no solo como un lujo para cierta población, sino como un derecho para todos, toda vez que sus beneficios tienen un impacto significativo en la sociedad.

Es importante señalar que, dentro del contexto mexicano, existe cierta cultura alrededor de esta temática, generalmente expresada en la experiencia de las madres, suegras, abuelas y tías, por lo que la educación prenatal podría verse mayormente fortalecida con la apertura hacia dichos agentes.

Uno de los aspectos que se deben tomar en cuenta, es que el tema de la lactancia, al igual que la vida intrauterina, no deben ser abordados sólo por futuras madres, que si bien son los sujetos prioritarios, también debe abrirse la información para la pareja, la familia y la comunidad, especialmente a mujeres en edad reproductiva.

Por lo anterior considero relevante enunciar que el LIE debe formarse en esta temática, a fin de que pueda manejar los contenidos específicos, como los que demanda el tema de la educación prenatal. Al ser un campo laboral poco trabajado el LIE podría relacionarse de manera directa y poner en práctica sus competencias.

No obstante, para que las sugerencias anteriores puedan ser llevadas a cabo por el LIE, debe formarse previamente en esta temática, y la lógica de esta formación correspondería a la que se da durante ocho semestres, es decir, durante la carrera.

Esta formación implica que la temática sobre la educación prenatal puede ser abordada en las materias que conforman el perfil del LIE; recordemos que son dos los ámbitos en los cuales el Interventor educativo trabaja durante la carrera, el ámbito psicopedagógico y el socioeducativo, en ambos se puede visualizar la labor que puede realizarse de la intervención educativa. Implementar esta temática no sería tarea sencilla, pero con este trabajo y algunos venideros podría potenciarse esta idea y quién sabe, a lo mejor la siguiente generación de egresados de la línea de Educación Inicial resultan investigadores del campo y se convierten en principales exponentes del tema.

Por otro lado, uno de los aspectos clave de la intervención es la evaluación de programas o proyectos, por lo que el LIE también se perfila como un evaluador de programas de lactancia que actualmente existen, por ejemplo, los que organiza la Secretaría de Salud y CAALMA; este campo podría llevar al Interventor a trabajar para asociaciones que trabajan en pro de la lactancia materna como APROLAM, para organismos internacionales como la UNICEF o bien ser pauta para la creación de consultorías en razón a este temática.

Las ventajas de trabajar la educación prenatal son muchas, entre ellas potenciar, a través del trabajo con los padres por medio de la sensibilización, el desarrollo integral del niño, la cual es la temática central de este ensayo.

Sin embargo, el tema de la educación prenatal aún no está arraigado en la cultura mexicana ni en las políticas públicas, por lo que podría considerarse una desventaja y a la vez una ventaja en el sentido de que se perfila como un elemento de análisis, que si bien apenas está surgiendo, para el Licenciado en Intervención Educativa presenta un amplio campo de trabajo, especialmente en la investigación, ya que, con los elementos sociales que toman en cuenta para el desarrollo de proyectos y las bases teórico – pedagógicas, se puede potenciar, no solo el trabajo con padres, sino incluso influir en la creación de políticas y normatividad referente a la educación prenatal, como una etapa más de la Educación Inicial, tal como lo trabaja el Conafe, o como una etapa independiente de la Educación inicial pero tan importante como ésta.

Asimismo, lo que aporta este trabajo con esta temática es que puede ser tratado en la licenciatura en Intervención Educativa, especialmente en la línea de Educación Inicial. Este tema serviría como referente en varias materias, como puede ser Desarrollo Infantil, El desarrollo físico-motor, la salud y la nutrición en la infancia temprana, El campo de la educación inicial y Currículum y organización de la educación inicial no formal, desde la idea que es un tema nuevo que poco se ha trabajado y que puede aportar para investigar más al respecto.

El desarrollo del trabajo, desde la idea de que es un tema nuevo que poco se ha trabajado y que puede aportar a la formación del LIE, presentó un reto, personal y

profesional; en el aspecto personal, implicó una labor muy profunda, ya que trabajar el tema de la maternidad es complejo, especialmente al no haber sido madre, ya que al momento de realizar pláticas acerca de la temática en mi tesis, escuchaba comentarios negativos relacionados con mi falta de experiencia en el tema. Sin embargo, eso no me limitó, sino más bien me llevó a documentarme al respecto y a considerar que puedo desempeñarme con eficacia, aún sin la experiencia práctica.

Desde lo profesional, la LIE nos ha aportado referentes teóricos y metodológicos en diversos temas, sin embargo, el tema que se aborda en esta tesina fue mencionado sólo de manera superficial en la materia de Desarrollo de Habilidades del pensamiento, lo que implicó que tuviera dificultad al encontrar bibliografía y asesorías temáticas. Sin embargo, fue satisfactorio ver concluido el trabajo, con aspectos positivos acerca del avance, en especial al considerar el tema como un espacio de inserción laboral, primordialmente con el logro de las competencias establecidas por la LIE, que están relacionadas con conocer el proceso de desarrollo del niño y técnicas de crianza, asimismo, el desarrollo de este ensayo permite visualizar un campo como el de la asesoría, ya sea a nivel institucional o personal, acerca de la educación prenatal; de igual manera se relaciona con el diseño de proyectos, programas o estrategias de intervención.

Los proyectos realizados a lo largo de la carrera permiten y en cierta manera obligan al LIE a plantearse preguntas y a buscar la respuesta, como en mi caso, pues el poder elegir el espacio donde realizarlos encontré un tema que realmente me apasiona y que se visualiza como un campo donde quiero desenvolverme, sin ser médico ni enfermera, puedo ver en el sector salud una oportunidad para poner en práctica todo lo aprendido.

Por otro lado, el hecho de que no sea un tema tan conocido dificultó la realización de esta investigación, principalmente en la búsqueda de fuentes de información y bibliografía; pude encontrar algunos autores cuyas aportaciones son esenciales al campo, pero también descubrí autores que, si bien no se manifiestan directamente en contra, no consideran importante la educación a los padres y mucho menos el

trabajo con el bebé si éste no ha nacido. En relación a esto, también fue difícil el acercamiento a documentos más recientes sobre la temática, ya que un gran porcentaje de ellos se encuentran en inglés, lo que me retrasó un poco, puesto que mi nivel de manejo del idioma me permite comprender escritos de manera general, pero al tratarse de temas con términos científicos, la traducción me llevó un tiempo considerable.

Al seleccionar la tesina modalidad ensayo, algunos cuestionamientos aparecieron en mi cabeza, especialmente al elegir el tema, pues si bien tenía el acercamiento necesario para interesarme, no tenía los elementos suficientes para hacerle frente a una investigación como esta. Sin embargo, por cuestión de tiempos y con la mirada en mi desarrollo profesional, acepté el reto; a través del proceso de este trabajo, el desafío se convirtió en una ventana clara hacia el ámbito en el cual me quiero desempeñar como LIE.

No obstante, me queda un sabor agridulce, pues por la modalidad de este documento la investigación se queda corta. Una de las características del LIE es su competencia al hacer proyectos de intervención y al considerar los elementos de este trabajo podría cumplir como uno de ellos. Sin embargo, por cuestiones de tiempo de índole formativo y profesional¹² me vi en la necesidad de trabajarlo como un ensayo, situación que me obliga a seguir con esta investigación en otro momento de formación académica.

Con todo lo anterior, puedo considerar que esta investigación es un parteaguas en mi crecimiento profesional, pues la temática aquí trabajada me apasiona y estoy convencida de que vale la pena continuar en este campo, por lo que definitivamente buscaré el estudio de posgrado referente a la materia.

Al realizar este ensayo, mi objetivo es darle la oportunidad al LIE, y a mí misma, de ver un espacio laboral y de desarrollo profesional más allá de la educación

¹² El principal motivo que me obligó a elegir este tipo de modalidad en cuestión de tiempo es que durante el 7mo semestre de la licenciatura me fue otorgada la beca de movilidad nacional del banco Santander, por lo que ese semestre lo cursé en la Universidad de Monterrey. Al reingresar a la UPN en octavo semestre, me vi en la necesidad de escoger una modalidad que se adaptara a los seis meses que dura Seminario de Titulación y que al mismo tiempo me permitiera trabajar un tema que fuera de mi agrado; por ello la tesina modalidad ensayo fue mi elección.

formal, un ámbito donde puede incursionar con todos los saberes prácticos, y la Educación prenatal se incluye en el mapa curricular de la LIE, los saberes teóricos. Asimismo, intento posicionar a esta investigación en una línea que merece ser recorrida por otros interventores, pues aún queda mucho por descubrir en el tema. Como ya lo mencioné anteriormente, este tema apenas está tomando fuerza en nuestro país, por lo que se convierte en un camino muy interesante para desempeñarnos profesionalmente.

Bibliografía

- Alcántara, B. (2006). *Miquizpan. El momento del parto, un momento de muerte. Prácticas alrededor del embarazo y parto entre nahuas y mayas del Posclásico*. Obtenido de Instituto de Investigaciones Filológicas UNAM: http://www.iifilologicas.unam.mx/estmesoam/uploads/Vol%C3%BAmenes/Volumen%202/miquizpan_berenice_alcantara2.pdf
- Ancona, B. H. (2005). Capítulo 1. Las necesidades de los niños. En *Relación madre-hijo: el apego y su impacto en el desarrollo emocional* (págs. 48-63). México: Trillas.
- Badinter E. (1981) *¿Existe el amor maternal? Historia del amor materna, siglos XVII al XX*. Colección Padres e hijos. Barcelona. Editorial Paidós
- Blay. Citado en Ancona, B. H. (2005). Capítulo 2. . En L. t. apego, *Relación madre-hijo: el apego y su impacto en el desarrollo emocional* (págs. 19-39). México: Trillas.
- Bydlowski M. (1997) *La deuda de vida: Itinerario psicoanalítico de la maternidad*. Madrid. Editorial: Biblioteca Nueva.
- Bock, G., & Thane, P. (1996). *Maternidad y políticas de género*. Valencia.
- Bowlby, J. (1985). Capítulo XXI. El apego sereno y el desarrollo de la confianza en sí mismo. En *La separación* (págs. 347-385). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Bowlby, J. (1985). *El apego*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Bowlby, J. (1985). *El vínculo afectivo*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Cabanyes, T. J. (2014). El comportamiento fetal: una ventana al neurodesarrollo y al diagnóstico temprano. *Pediatría atención temprana*, 101-110.
- Campos, H. (2007). *Perinatología, salud mental y capacidad maternal primaria*. Recuperado el agosto de 2016, de <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rpp/v60n3/pdf/a10v60n3.pdf>
- Confederación Nacional de Pediatría de México A.C. (2011). Capítulo II. Bases científicas de la importancia de la lactancia materna. En H. Reyes, & A. Martínez. México: Médica Panamericana.
- Dirix, C., & Nijhuis, J. (2009). *Aspects of fetal learning and memory*. Recuperado el junio de 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19630906>

- Enesco, I. (2003). Capítulo 2. Antes de nacer. En *El desarrollo del bebé* (págs. 53-78). Madrid: Alianza Editorial .
- Enesco, I. (2003). Capítulo 3. El desarrollo de la percepción. En *El desarrollo del bebé* (págs. 79-116). Madrid: Alianza Editorial.
- Enesco, I. (2003). Capítulo 6. El desarrollo emocional. En *El desarrollo del bebé* (págs. 171-199). Madrid: Alianza Editorial.
- Enesco, I. (2003). Capítulo 7. Las relaciones afectivas del bebé. En *El desarrollo del bebé* (págs. 201-227). Madrid: Alianza Editorial .
- Frank, S. (1983). Historia reciente de la asistencia materno-infantil en México. *Salud Pública-México*, 513-517.
- Gardner, H. (2008). *Inteligencias múltiples. La teoría en la práctica*. México: Ediciones culturales Paidós.
- González, J. (2003). *El niño antes de nacer, la estimulación prenatal y el embarazo*. España: Edimat Libros.
- Hamilton, E. (1973). Embriología humana. McGraw Hill.
- Kisilevsky, B. (1992). *Onset and maturation of fetal heart rate response to the mother's voice*. *Developmental Science*.
- Levobici, S. (1988). El lactante, su madre y el psicoanalista. Amorrortu Editores.
- Liley, W. (1971). *New Zeland Medical Journal*. New Zeland.
- López, K. P., & Pérez, E. (2012). *El valor de la procreación y el embarazo desde la cosmovisión mesoamericana*. Recuperado el junio de 2016, de http://web.uaemex.mx/antropoformas/documentos/A2-2/Articulos_seccionados/Paola_Estefania.pdf
- Maldonado-Durán, M., Saucedo-García, J., & Lartigue, T. (2008). *Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto*. Recuperado el septiembre de 2016, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip081c.pdf>
- Morales. Citado en Papalia, D. (2002). Capítulo 6. El desarrollo psicosocial en los primeros tres años. En *Desarrollo Humano* (págs. 188-189). McGraw-Hill.
- Omraam, M. (s.f.). *Education begins before birth*. Recuperado el junio de 2016, de <http://www.fondazioneomraam.org/>
- Papalia, D. y Feldman R.(1984). Capítulo 3. Formación de una nueva vida. En *Desarrollo humano* (págs. 52-91). Mc-Graw Hill.
- Papalia, D. (1984). Capítulo 4. Nacimiento y desarrollo físico en los tres primeros años. En *Desarrollo humano* (págs. 94-132). Mc-Graw Hill.

- Papalia, D. (2002). Capítulo 6. El desarrollo psicosocial en los primeros tres años. En *Desarrollo Humano* (págs. 188-189). McGraw-Hill.
- Parke. Citado en Ancona, B.H. (2005) Capítulo 2. Apego, en Relación madre - hijo: el apego y su impacto en el desarrollo emocional. México. Trillas
- Pérez Cabrera, I. (1995). *La partera en el desarrollo histórico del IMSS. Informe de investigaciones*. México: Archivo de la biblioteca Graciela Arroyo de Cordero: ENEO-UNAM.
- Pruett. Citado en Ancona, B.H. (2005) Capítulo 2. Apego, en Relación madre - hijo: el apego y su impacto en el desarrollo emocional. México. Trillas
- Quezada, N. (1977). Creencias tradicionales sobre embarazo y parto. *Anales de Antropología*, 307-326.
- Reyes, H., & Martínez, A. (2011). *Capítulo 2. Bases científicas de la importancia de la lactancia materna*. México: Editorial Médica Panamericana .
- Reyes, V. E.-D. (2009). *Datos biográficos del Dr. Isidro Espinosa de los Reyes*. Recuperado el septiembre de 2016, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2008/hf082g.pdf>
- Rocabert, J. V., & B., T. L. (1994). *Apego y vínculo materno-infantil* . México: Asociación Psicoanalítica jalisciense.
- Rocabert, J. V., & Lartigue, T. (1994). Vínculo materno-infantil. *Asociación psicoanalítica jalisciense*.
- Rojas, S., & Pujol, J. (2009). *Los Vínculos Afectivos: lazos que nos unen en el bienestar y dolor*. Barcelona.
- Secretaría de Salud. (10 de junio de 2016). Realizan consultas grupales neonatales en Hidalgo y Morelos. Recuperado el 29 de junio de 2016, de <https://www.gob.mx/salud/prensa/realizan-consultas-grupales-neonatales-en-hidalgo-y-morelos>
- Siegel, D. J., & Hartzell, M. (2012). *Ser padres conscientes* . Barcelona: Ediciones La llave.
- Soifer, R. (1989). *Psicología del embarazo, parto y puerperio*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Stoopard, M. (2002). *Nuevo libro del embarazo y el nacimiento*. Editorial Norma.
- Tylor E. (1871) Primitive culture. Researches Into the Development of Mythology, Philosophy, Religion, Art, and Custom, Volume 1. Cambridge Library Collection
- UNICEF. (1993). *Breastfeeding counselling: A training course. Trainer's guide*. New York.

- Verny, T. y Kelly J. (1981). *La vida secreta del bebé*. Barcelona: Urano.
- Verny, T. (2003). El futuro bebé. En *Arte y ciencia de ser padres*. Barcelona: Urano.
- Verny, T., & Weintraub, P. (1992). *El vínculo afectivo con el niño que va a nacer*. Barcelona: Urano .
- Vries, J. y Vries D. (2006). Normal fetal motility: an overview. *Ultrasound Obstet.*
- Winnicott, D. (1951). *Objetos y fenómenos transicionales*. Recuperado el septiembre de 2016, de <http://bibliotecadigital.apa.org.ar/greenstone/collect/revapa/index/assoc/19672404p0817.dir/REVAPA19672404p0817Winnicott.pdf>
- Winnicott, D. (1981). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Recuperado el septiembre de 2016, de <http://bibliotecadigital.apa.org.ar/greenstone/collect/revapa/index/assoc/19672404p0817.dir/REVAPA19672404p0817Winnicott.pdf>

Anexos

1. Norma Oficial Mexicana NOM-007-ssa2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA

INDICE

0. Introducción.
1. Objetivo y campo de aplicación.
2. Referencias
3. Definiciones.
4. Símbolos y abreviaturas.
5. Disposiciones generales.
7. Concordancia con normas internacionales y mexicanas.
8. Bibliografía.
9. Observancia de la norma.
10. Vigencia.

0. Introducción

El artículo 4o., de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece los derechos humanos de toda persona a la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. La Ley General de Salud en su artículo 3o., fracción IV, define la atención materno-infantil como materia de salubridad general, y el artículo 61, del mismo ordenamiento jurídico, reconoce su carácter prioritario mediante acciones específicas para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, así como de la persona recién nacida y etapas posteriores, vigilando su crecimiento y desarrollo.

La salud materno-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza. Por ello se busca contribuir al cumplimiento de dos de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio que el Gobierno de México hizo suyos, junto con 189 países más, al adoptar la Declaración del Milenio en el año 2000, hasta el 2015 la atención materna y perinatal basada en el objetivo 4, que corresponde a disminuir la mortalidad de los niños menores de cinco años, en dos terceras partes entre 1990 y 2015, y el 5 que es "Mejorar la Salud Materna", con el 5.A, que se refiere a reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, y lograr la cobertura universal de asistencia al parto, actualmente orientamos las acciones a la nueva Estrategia Mundial para la salud de la Mujer, la Niñez y la adolescencia 2016-2030, que tiene como objetivo lograr el más alto nivel de salud para todas la mujeres, los niños y adolescentes transformar el futuro y garantizar que cada recién nacido, la madre y el niño no sólo sobreviva, sino que prospere. La estrategia se basa en el éxito de la estrategia 2010, lo que ayudó a acelerar el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, establece seis objetivos asociados a las Metas Nacionales: México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global y a las tres estrategias transversales: Democratizar la Productividad, Gobierno Cercano y Moderno, así como Perspectiva de Género.

Estos seis objetivos se refieren a: 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades; 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad; 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida; 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país; 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud, y 6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

El Plan Sectorial de Salud 2013-2018, destaca los logros sustantivos en diversos indicadores, como el aumento en la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad infantil en el país. Sin embargo, queda pendiente avanzar en algunos indicadores clave de salud. Por ejemplo, la mortalidad materna que se redujo a menos de la mitad entre 1990 y 2011 (al pasar de 89 a 43 defunciones de mujeres por cada 100,000 nacidos vivos). No obstante, este indicador se encuentra lejos de alcanzar la meta de 22 defunciones propuesta para 2015, como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que fueron pactados con los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), para alcanzar una mejor calidad de vida de la población, razón por la cual el Plan Sectorial de Salud 2013-2018, contempla estrategias y líneas de acción específicas para atender esta situación prioritaria.

El 30 de agosto de 2013, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 (PROIGUALDAD), que da respuesta a la obligación señalada en el PND, de contar con una estrategia transversal de perspectiva de género en todos los programas, acciones y políticas de gobierno; esto significa que en los programas

sectoriales, especiales, institucionales y regionales que elaboren las dependencias de la Administración Pública Federal estarán explícitas la perspectiva de género y las acciones afirmativas (concebidas como medidas efectivas, caracterizadas por su dimensión temporal que inciden en la reducción de las desigualdades) que permitan reducir las brechas de desigualdad entre mujeres y hombres. En este Programa se incorpora el objetivo 4 Fortalecer las capacidades de las mujeres para participar activamente en el desarrollo social y alcanzar el bienestar; que en su estrategia 4.2 contempla Impulsar el acceso de las mujeres a los servicios de cuidado a la salud en todo el ciclo de vida y explícitamente incluye la línea de acción 4.2.8 Reducir la mortalidad materna y fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad.

Ante este escenario, es vital incrementar esfuerzos y dar un renovado impulso al fortalecimiento de los servicios de salud, mejorando su regulación, organización, cobertura y calidad, a fin de avanzar más rápidamente en el logro de las metas establecidas, satisfacer de manera más equitativa las necesidades de salud materno-infantil de la población de México y reducir los contrastes sociales que persisten en esta materia. En este contexto, se incorporan a esta Norma aspectos relevantes enfocados a la salud materna y a la prevención de la morbimortalidad materna y perinatal, mediante intervenciones previas a que una mujer decida embarazarse, así como durante su embarazo, parto y puerperio y establecer el manejo del autocuidado como una acción de corresponsabilidad para enlazar con el personal de salud, por lo que adquiere importancia el mejorar la calidad de la atención prenatal desde el periodo preconcepcional, es decir, que se realice una valoración correcta del riesgo reproductivo en mujeres con enfermedades concomitantes y en adolescentes; promover la planificación familiar, la detección temprana de diabetes gestacional mediante la realización de tamiz de glucosa, con base en la evidencia científica, sabiendo que su diagnóstico y tratamiento oportunos impactarán en la salud materno-fetal y mejorará además el pronóstico de la mujer una vez finalizado su embarazo.

En ese mismo sentido, se busca impedir la transmisión perinatal de sífilis y VIH, mediante su detección y tratamiento oportunos. Se promueve además, la adecuada nutrición, la prescripción de hierro y ácido fólico, y multivitamínicos, así como, evitar el uso y abuso de sustancias tóxicas y adictivas para prevenir bajo peso y daños en el feto.

Así mismo, se enfatiza sobre las ventajas de la lactancia materna y el espaciamiento de los embarazos a través de la adopción de un método anticonceptivo posparto, con pleno respeto a la decisión de la mujer.

Se busca en definitiva que la mujer y su pareja, se corresponsabilicen junto con la institución que provee el servicio y su personal, en el cuidado de su salud.

En este mismo sentido, se afirma que el derecho universal a la salud sexual y reproductiva, la opción libre e informada, el respeto a la integridad física y el derecho a no sufrir discriminación ni coerción en todos los asuntos relacionados con la vida sexual y reproductiva de las personas, y a su vez recibir un trato digno y respetuoso bajo los derechos humanos y la perspectiva de género, llevando un embarazo más seguro y protegido.

Esta norma respeta los derechos reproductivos que se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las personas a decidir, libre y responsablemente, la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los medios para concretar sus deseos, y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductiva.

Las intervenciones que se desarrollan para alcanzar la maternidad segura son: planificación familiar, atención preconcepcional, prenatal, parto limpio y seguro, puerperio y los cuidados obstétricos esenciales.

Por lo anterior, es necesario puntualizar las acciones a cumplir en cada consulta, con sentido ético, respetuoso y humanitario, y que éstas deban realizarse cuidadosamente, con un análisis e interpretación correcta de los resultados que se obtengan de pruebas rápidas, de laboratorio y, en su caso, de gabinete. Al mejorar la consulta pregestacional y prenatal, se contribuirá a la identificación oportuna de posibles riesgos en una fase temprana y por lo tanto establecer medidas preventivas, o bien, el tratamiento correspondiente con mínimas secuelas y evolución satisfactoria.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y la persona recién nacida pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos para la atención, entre los que destacan, el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas generalizadas que llevadas a cabo en forma rutinaria y sin indicaciones generan riesgos innecesarios. Por lo tanto, las acciones incluidas en esta Norma, tienden a favorecer el desarrollo fisiológico de cada una de las etapas del embarazo y a prevenir la aparición de complicaciones.

En caso de una complicación no diagnosticada de manera oportuna y que ésta evolucione a una forma severa, se establece, al igual que en otras normas internacionales vigentes, que la atención de urgencias

obstétricas es una prioridad todos los días del año y que el personal de salud debe informar con oportunidad a la mujer embarazada y a sus familiares desde la primera consulta prenatal, y refiriéndola a los establecimientos para la atención médica de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud que atienden urgencias obstétricas, sea o no derechohabiente de alguna de ellas.

Considerando el incremento de maltrato reportado en estudios nacionales e internacionales hacia la mujer en todas sus formas, y en razón al estado de vulnerabilidad que se presenta durante el embarazo, esta debe ser identificada y atendida con oportunidad.

Otros factores de riesgo que pueden incidir en el incremento de la mortalidad materna es la violencia que, en sus diferentes formas, tiene efectos negativos en la salud emocional y física de la mujer embarazada y complicaciones graves en su salud sexual y reproductiva.

La violencia sexual y la violencia a la mujer pueden ocasionar embarazos no deseados, problemas ginecológicos, abortos provocados e infecciones de transmisión sexual, entre ellas, la infección por sífilis y/o VIH. La violencia o maltrato hacia la mujer durante el embarazo aumenta la probabilidad de sufrir abortos espontáneos, muerte fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer, para lo cual es necesario realizar acciones de prevención primaria de la violencia familiar y de género, así como canalizar a servicios especializados a las mujeres que la viven, sobre todo si se encuentran en etapa gestacional.

Por lo mencionado, es necesario efectuar cambios en los procedimientos de la atención materno-infantil que deben ser normados, a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país. De esta manera la presente Norma contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención en salud y señalar pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna y perinatal.

1. Objetivo y campo de aplicación

1.1 Esta Norma tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida.

1.2 Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, para el personal de salud de los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que brindan atención a mujeres embarazadas, durante el parto, puerperio y de las personas recién nacidas.

2. Referencias

Esta Norma se complementa con las normas oficiales mexicanas siguientes o las que las substituyan:

2.1 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

2.2 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.

2.3 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

2.4 Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.

2.5 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

2.6 Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

2.7 Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

2.8 Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

2.9 Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA3-2013, Para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo.

2.10 Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

2.11 Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2102, Para la atención integral a personas con discapacidad.

2.12 Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

2.13 Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

2.14 Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

2.15 Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

2.16 Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.

2.17 Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

2.18 Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención de la salud del niño.

2.19 Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento

2.20 Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.

2.21 Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.

2.22 Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

2.23 Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

2.24 Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

2.25 Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

2.26 Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.

2.27 Norma Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-2012, Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba.

2.28 Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

3. Definiciones

Para los fines de esta Norma se entiende por:

3.1 Aborto, a la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 g de peso (peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional pero que sea absolutamente no viable.

3.2 Alojamiento conjunto, a la ubicación y convivencia de la persona recién nacida y su madre en la misma habitación para favorecer el contacto inmediato y permanente, así como la práctica de la lactancia materna exclusiva.

3.3 Atención de la urgencia obstétrica, a la prestación que debe brindar el personal médico especializado del establecimiento para la atención médica, garantizando la atención inmediata y correcta de cualquier complicación obstétrica de manera continua las 24 horas, todos los días del año.

3.4 Atención prenatal, a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida. La atención prenatal, incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía; además de elaborar un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el establecimiento para la atención médica resolutivo donde deben recibir atención inmediata. Todas estas acciones se deben registrar en el expediente clínico.

3.6 Certificado de nacimiento, al formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar el nacimiento de un nacido vivo y las circunstancias que acompañaron el hecho.

3.7 Certificado de muerte fetal y perinatal, al formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar la ocurrencia de una defunción fetal y las circunstancias que acompañaron el hecho.

3.8 Cesárea, a la intervención quirúrgica que tiene por objeto, extraer el feto, vivo o muerto, de 22 semanas cumplidas o más, así como la placenta y sus anexos, a través de una incisión en la pared abdominal y uterina.

3.10 Consentimiento informado, al proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento escrito signado por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnósticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación una vez que sea recibido información de los riesgos y beneficios esperados.

3.11 Defunción, fallecimiento o muerte fetal, a la pérdida de la vida de un producto de la gestación antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. La muerte está indicada por el hecho de que después de la separación de la madre, el feto no presenta signos vitales, como respiración, latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

3.12 Diabetes gestacional (DG), a la alteración en el metabolismo de los carbohidratos que se detecta por primera vez durante el embarazo y se traduce en una insuficiente adaptación a la insulina.

3.13 Distocia, a las complicaciones en el mecanismo del trabajo de parto que interfieren con la evolución fisiológica del mismo y requieren maniobras especiales.

3.14 Edad gestacional, al periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales; con fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos.

3.15 Embarazo, a la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del "conceptus" en el endometrio y termina con el nacimiento.

3.16 Eutocia, a la presentación del feto en vértice, cuyo progreso del trabajo de parto es normal, termina sin complicación y no requiere de maniobras especiales.

3.17 Feto, al producto de la fecundación desde el fin del desarrollo embrionario, a las 8 semanas después de la fecundación, hasta el aborto o el nacimiento.

3.18 Hipotiroidismo congénito, a la enfermedad que se presenta desde el nacimiento y se caracteriza por disminución permanente o transitoria del funcionamiento de la glándula tiroides.

3.19 Identificación oficial, a los documentos con los que una persona física puede acreditar su identidad; como son credencial para votar, pasaporte vigente o cédula profesional.

3.20 Lactancia materna, a la proporcionada a la persona recién nacida, con leche humana, sin la adición de otros líquidos o alimentos.

3.21 Muerte materna, a la ocurrida a una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

3.21.1 Muerte Materna Directa, a la relacionada con las complicaciones propias del embarazo.

3.21.2 Muerte Materna Indirecta, a la causada por una enfermedad de fondo agravada por el embarazo.

3.22 Nacido vivo, al producto de la concepción expulsado o extraído de forma completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, que después de dicha separación respire y presente signos vitales como frecuencia cardíaca, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos

efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

3.23 Nacido muerto, a la expulsión completa o extracción del producto de la concepción del organismo materno, cuando después de dicha separación no respire ni lata el corazón, se haya o no cortado el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

3.24 Nacimiento, a la expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción. Término empleado tanto para nacidos vivos o defunciones fetales.

3.25 Nacimiento con producto pretérmino, al que ocurre antes de las 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación.

3.26 Nacimiento con producto a término, al que ocurre entre las 37 semanas y menos de 42 semanas completas (259 a 293 días) de gestación.

3.27 Nacimiento con producto posttérmino, al que ocurre a las 42 semanas completas o más (294 días o más) de gestación.

3.28 Oportunidad de la atención, a la prestación de los servicios en el momento en que se requieran, comprendiendo accesibilidad al establecimiento para la atención médica y tiempo de respuesta del personal de salud.

3.29 Partera técnica, a la persona egresada de las escuelas de formación de partería, cuyo título es reconocido por las autoridades educativas competentes y que corresponde al nivel técnico.

3.30 Partera tradicional, a la persona que pertenece a comunidades indígenas y rurales y que ha sido formada y practica el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y la persona recién nacida, la cual se considera como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica.

3.31 Parto, al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos.

3.32 Partograma, a la herramienta fundamental durante el trabajo de parto que se debe llenar en forma rutinaria y debe analizarse detalladamente en todas las gestantes con la finalidad de evitar distocias y cesáreas de urgencia que conllevan a una alta morbilidad y mortalidad.

3.33 Parto vertical, a la atención del parto de la mujer embarazada colocada en posición vertical: de pie, sentada, semidecúbito, o en cuclillas.

3.34 Periodo neonatal, a la etapa que inicia al nacimiento y termina 28 días después del mismo.

3.35 Periodo perinatal, a la etapa que inicia a las 22 semanas de gestación y termina 7 días después del nacimiento.

3.36 Pertinencia cultural, al modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones con características culturales y posiciones diversas, conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido.

3.37 Producto de la concepción, al embrión post-implantatorio o feto, de acuerdo a la etapa del embarazo.

3.38 Promoción de la salud, a la estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor de la salud para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar.

3.39 Prueba de antiglobulina humana (prueba de Coombs): al ensayo de aglutinación en el que se emplean anticuerpos contra la gamaglobulina humana, que permite demostrar la presencia o ausencia de anticuerpos adheridos a un antígeno de la membrana del eritrocito.

3.40 Puerperio normal, al periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatomo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

3.41 Puerperio inmediato, al periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto.

3.42 Puerperio mediato, al periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto.

3.43 Puerperio tardío, al periodo que comprende desde el octavo día hasta los 42 días después del parto

3.44 Recién nacido (persona recién nacida), al producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

3.45 Recién nacido (persona recién nacida) pretérmino, a aquél cuya gestación haya sido de 22 a menos de 37 semanas. Cuando no se conoce la edad gestacional, se considerará así a un producto que pese menos de 2,500 gramos. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Capurro y Ballard modificado.

3.46 Recién nacida/o inmaduro, a aquél cuya gestación haya sido de 22 semanas a menos de 28 semanas, o que su peso al nacer sea de 501 a 1,000 g. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Capurro y Ballard modificado.

3.47 Recién nacida/o a término, a aquél cuya gestación haya sido de 37 semanas a menos de 42 semanas. Se considerará así a un producto que pese más de 2,500g. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Capurro y Ballard modificado.

3.48 Recién nacida/o postérmino, al producto de la concepción con 42 o más semanas completas de gestación o más (294 días o más).

3.49 Restricción en el crecimiento intrauterino, a la incapacidad del feto para alcanzar un potencial genético de crecimiento de acuerdo a las condiciones propias de la gestación y del entorno.

3.50 Sucedáneo de la leche materna o humana, a las fórmulas comercializadas presentadas como sustituto parciales o totales de la leche materna o humana.

3.51 Tamiz metabólico neonatal, al examen de laboratorio practicado a la persona recién nacida, para detectar padecimientos de tipo metabólico.

3.52 Urgencia obstétrica, a la complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.

3.53 Obstetricia, a la parte de la medicina que trata de la gestación, el parto y el puerperio.

3.54 Valoración de Apgar, a la valoración de la persona recién nacida al minuto y a los cinco minutos de: frecuencia cardiaca, respiración, tono muscular, irritabilidad refleja y la coloración de tegumentos.

4. Símbolos y abreviaturas

- 4.1 ABO: Sistema de grupos sanguíneos
- 4.2 CTG: Curva de tolerancia a la glucosa
- 4.3 CONAVE: Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica
- 4.4 dl: Decilitros
- 4.5 DM: Diabetes mellitus
- 4.6 Du: Antígeno D expresado débilmente
- 4.7 E²: Estatura al cuadrado

4.8 FUM	Fecha de última menstruación
4.9 g:	Gramo
4.10 IM:	Vía intramuscular
4.11 IV:	Vía intravenosa
4.12 IMC:	Índice de masa corporal
4.13 Kg/m²:	Kilogramo sobre metro al cuadrado
4.14 m:	Metro
4.15 mg:	Miligramos
4.16 mmol/L:	Milimolas por litro
4.17 OMS:	Organización Mundial de la Salud
4.18 Rho:	Antígeno eritrocítico D
4.19 SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
4.20 SINAVE:	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
4.21 UI:	Unidades internacionales
4.22 VIH:	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
4.23 µg:	Microgramos

5. Disposiciones generales

5.1 La atención médica que reciban las mujeres en edad reproductiva en los establecimientos para la atención médica públicos, privados y sociales del país, debe ser con un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería.

5.1.2 La consulta preconcepcional debe fomentarse para promover la salud de la mujer y de su descendencia, evaluar la salud de la mujer en esta etapa permite identificar condiciones de riesgo reproductivo, en el embarazo y sobre todo, llevar a cabo medidas preventivas. La asistencia del personal de salud debe estar dirigida a identificar y aconsejar sobre los problemas existentes, situar a la mujer en las mejores condiciones de salud posible para embarazarse y planear de forma objetiva el momento más adecuado para el embarazo. Ver Apéndices C y D Normativos, de esta Norma.

5.1.3 En las consultas preconcepcional y prenatal, se debe incluir valoración por el servicio de estomatología.

5.1.4 El examen de valoración debe incluir, una historia clínica completa, realizar exámenes de laboratorio básicos para detectar alteraciones que puedan incrementar el riesgo obstétrico y otorgar elementos educativos para un adecuado control prenatal, embarazo saludable, parto fisiológico y puerperio sin complicaciones, además de los factores educativos que le permitan lograr exitosamente una lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses postparto.

5.1.5 La atención debe ser integral y enfocada a considerar la reproducción humana como una expresión de los derechos reproductivos, para que sea libremente escogida y segura; fomentando la corresponsabilidad en el cuidado de la salud de la mujer, su pareja, la comunidad y el personal de salud e informar sistemáticamente de las ventajas de lograr un periodo intergenésico mínimo de 2 años, para reducir los riesgos a largo plazo y planificar adecuadamente la familia.

5.1.6 En la visita preconcepcional, se debe brindar información sobre los cuidados de la persona recién nacida, lactancia, tamiz metabólico neonatal, estimulación temprana y aplicación de vacunas, prevención de enfermedades diarreicas y respiratorias.

5.1.7 En los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado, que no cuenten con el servicio de atención de urgencias obstétricas, se debe procurar en la medida de su capacidad resolutoria, auxiliar a las mujeres embarazadas en situación de urgencia, y una vez resuelto el problema inmediato y estabilizado y que no esté en peligro la vida de la madre y la persona recién nacida, se debe proceder a su referencia a un establecimiento para la atención médica que cuente con los recursos humanos y el equipamiento necesario para la atención de la madre y de la persona recién nacida.

5.1.8 Los establecimientos para la atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas deben contar con espacios habilitados, personal especializado, calificado y/o debidamente capacitado para atender dichas urgencias, equipo e instalaciones adecuadas, así como los insumos y medicamentos necesarios para su manejo, además de contar con servicio de transfusión sanguínea o banco de sangre con hemocomponentes y laboratorio para procesamiento de muestras; 24 horas del día, todos los días del año.

5.1.9 Toda mujer en edad reproductiva que desee embarazarse, debe acudir de preferencia acompañada de su pareja al establecimiento para la atención médica, para recibir asesoría médica sobre el riesgo reproductivo, idealmente tres meses antes de intentar el embarazo. En este periodo es importante iniciar la suplementación de ácido fólico para la prevención de defectos del tubo neural y continuarla durante el embarazo.

5.1.10 Todo el tiempo y en especial durante el embarazo y la lactancia, se debe promover que la mujer se abstenga de utilizar sustancias adictivas como tabaco (aun como fumadora pasiva), bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas (Ver Apéndice D Normativo, de esta Norma).

5.1.11 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución.

Todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio; así como, proveer facilidades para la referencia y acompañamiento oportuno de la embarazada a los establecimientos

para la atención médica, en su caso. Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas.

5.1.12 Las mujeres y las personas recién nacidas referidas a los establecimientos para la atención médica por las parteras tradicionales u otro prestador de servicio de salud de la comunidad, deben ser atendidos con oportunidad. La mujer debe tener la opción de parir en forma vertical, siempre y cuando se cuente con personal capacitado y con la infraestructura suficiente para tal fin, preservando en todo momento su autonomía y la seguridad del binomio.

5.1.13 En los establecimientos para la atención médica, se debe disponer de la capacidad para detectar, registrar, asignar y manejar oportunamente el riesgo reproductivo, obstétrico y perinatal para cada embarazo, el cual debe servir para planear y aplicar un plan de vigilancia y manejo de forma individual y con la intervención de los especialistas acordes a cada situación.

5.1.14 Los establecimientos para la atención médica, deben garantizar la prestación de servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad durante el embarazo, parto y puerperio, así como durante la atención de urgencias obstétricas.

5.2 Atención del embarazo.

5.2.1 Las actividades a realizar por parte del personal de salud en la primera consulta de atención prenatal deben ser:

5.2.1.1 Elaborar y registrar la historia clínica en un expediente, carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada (ver Apéndice J Normativo, de esta Norma), debiendo tener los siguientes apartados:

5.2.1.1.1 Identificación de la embarazada, su nombre completo que acredite con una identificación oficial edad, escolaridad, estado civil, empleo, lugar de residencia habitual, teléfono y los datos de algún familiar o amistad para establecer contacto en caso necesario;

5.2.1.1.2 Identificar antecedentes heredo familiares, personales patológicos y personales no patológicos;

5.2.1.1.3 Identificar antecedentes de embarazos previos y su resolución mediante interrogatorio intencionado para datos de: cesárea, preeclampsia, hemorragia obstétrica, parto pretérmino, restricción en el crecimiento intrauterino, óbito, pérdida repetida de la gestación, DG y malformaciones fetales.

5.2.1.2 Realizar el diagnóstico del embarazo por el método clínico, de laboratorio (prueba inmunológica de embarazo en orina o suero) o ultrasonográfico; con este fin, no se deben emplear estudios radiográficos ionizantes ni prescribir medicamentos hormonales.

5.2.1.3 Calcular la edad gestacional y fecha probable de parto, mediante el uso de los siguientes métodos:

5.2.1.3.1 Wahl y Naegele: Al primer día de la FUM agregar 7-10 días y al mes se le restan 3;

5.2.1.3.2 A partir del primer día de la FUM se contarán 280 días, esa será la fecha probable de parto, y

5.2.1.3.3 En algunos casos, cuando hay dudas o se desconoce la FUM, el ultrasonido es un auxiliar para la estimación de la edad gestacional.

5.2.1.4 Realizar búsqueda de factores de riesgo en el interrogatorio en forma dirigida.

5.2.1.5 Identificar los siguientes factores de riesgo para DG: Padres con DM o familiares en primer grado; antecedente de DG; edad mayor de 25 años; peso al nacer de la paciente igual o mayor que 4 Kg; obesidad igual o mayor que 90Kg, IMC Kg/E² igual o mayor que 30Kg/E² antes del embarazo; pacientes con tamiz alterado, a la hora igual o mayor que 130mg/dl; hijos/as con peso al nacer igual o mayor que 4,000g; antecedente de óbito; aborto recurrente; hijos con malformaciones congénitas e hipertensión arterial crónica.

5.2.1.6 Identificar e informar a la mujer embarazada, sobre el alto riesgo que representan las adicciones a sustancias químicas, la automedicación, la exposición de fármacos, tabaco, marihuana, alcohol o sustancias psicoactivas o psicotrópicas y otras drogas con efectos potencialmente agresivos para la madre y el producto, que puedan tener repercusiones en la evolución del embarazo, y daño embriofetal, independientemente del periodo gestacional (Ver Apéndice D Normativo, de esta Norma).

5.2.1.7 En la atención a la madre durante el embarazo y el parto, vigilar estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo-beneficio de su administración (Véase Apéndice D Normativo, de esta Norma).

5.2.1.8 Identificar datos de depresión o cualquier otro trastorno en relación a la salud mental durante el embarazo, parto y puerperio.

5.2.1.9 Cuando se atiende a una mujer embarazada, de manera particular si es adolescente menor a 15 años, realizar la búsqueda intencionada de ejercicio de violencia sexual, familiar o de género. En caso de encontrarse datos sugestivos, proceder conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

5.2.1.10 Exploración física completa que incluya: signos vitales, peso, talla y evaluación del estado nutricional (Ver Apéndice C Normativo, de esta Norma). Exploración bucodental, mamaria, auscultación cardíaca materna, medición del fondo uterino y de la frecuencia cardíaca fetal en su caso, así como toma de citología cérvico-vaginal, si procede, como lo dispone la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.8, del Capítulo de Referencias, de esta Norma. Todas estas actividades deben ser anotadas en el expediente clínico para cada consulta otorgada.

5.2.1.11 Prescripción de medidas generales higiénico dietéticas con el fin de promover la salud.

5.2.1.12 Aplicar la primera dosis de toxoide antitetánico preferentemente antes de la semana 14 y la segunda, entre 4 y 8 semanas después de la primera aplicación.

5.2.1.13 Para prevenir defectos del tubo neural, es importante prescribir 0.4 mg de ácido fólico y micronutrientes desde el periodo, mínimo tres meses previos a la primera consulta y durante todo el embarazo.

5.2.1.14 Solicitar los siguientes exámenes de laboratorio:

5.2.1.14.1 Biometría hemática completa;

5.2.1.14.2 Grupo sanguíneo y factor Rh. En Paciente Rh negativo (coombs indirecto);

5.2.1.14.3 Glucosa en ayuno y a la hora (poscarga de 50 g);

5.2.1.14.4 Creatinina;

5.2.1.14.5 Acido úrico;

5.2.1.14.6 Examen general de orina; se recomienda realizar prueba rápida con tira reactiva en cada consulta prenatal e indicar urocultivo para que en caso positivo se inicie tratamiento antibacteriano.

5.2.1.14.7 Prueba de laboratorio para detectar sífilis en la embarazada y prevenir sífilis congénita;

5.2.1.14.8 La detección de VIH y sífilis debe ser ofertada sistemáticamente de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.7, del Capítulo de Referencias, de esta Norma. La prueba de tamizaje para VIH y sífilis se debe realizar en las primeras 12 semanas previa orientación y aceptación de la embarazada, a través de su consentimiento informado, enfatizando la consejería y orientación acerca de los beneficios de una prueba en etapas tempranas del embarazo para evitar transmisión vertical hacia el feto. Se debe asentar en el expediente clínico que se ofertaron ambas pruebas y la mujer debe firmar la decisión que tomó acerca de su realización. En aquellas mujeres que no se sometieron a tamizaje durante las etapas tempranas del embarazo debe ofrecerse la realización del mismo, antes del parto o en el postparto inmediato, para las medidas profilácticas o terapéuticas que apliquen.

Toda mujer que resulte positiva a VIH o sífilis, debe ser enviada inmediatamente al segundo nivel de atención, o establecimientos para la atención médica especializados, y

5.2.1.14.9 Exámenes de gabinete pertinentes. De acuerdo a valoración clínica y evolución del embarazo, se podrá solicitar estudio ultrasonográfico.

5.2.1.15 Promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o prueba positiva de embarazo atendiendo al siguiente calendario:

1ª consulta: entre las 6 - 8 semanas;

2ª consulta: entre 10 - 13.6 semanas;

3ª consulta: entre 16 - 18 semanas;

4ª consulta: 22 semanas;

5ª consulta: 28 semanas;

6ª consulta: 32 semanas;

7ª consulta: 36 semanas; y

8ª consulta: entre 38 - 41semanas.

La importancia de la atención prenatal con intervenciones integrales y preventivas permite detectar riesgos fetales y maternos pudiendo aplicar el tamizaje prenatal oportuno entre 11 y 13.6 semanas, y segundo trimestre de 16 a 22 semanas, donde el ultrasonido es un medio fundamental de vigilancia.

5.2.1.16 Promover que se realice un ultrasonido obstétrico en cada trimestre del embarazo por personal capacitado, para determinar el bienestar materno y fetal de manera intencionada. El primero entre las semanas 11 a 13.6, mediante el cual se establezca la vitalidad, edad gestacional y número de fetos que se están gestando; el segundo entre las 18 y 22 semanas y el tercero, entre las 29 y 30 semanas o más de gestación.

5.2.1.17 Por el alto riesgo de la morbilidad y la mortalidad perinatales, toda mujer embarazada con 41 semanas o más, debe ser trasladada al segundo nivel de atención, para su valoración y atención.

5.2.1.18 En la consulta prenatal efectiva y periódica, los prestadores de servicios de salud deben brindar a la embarazada, información clara, veraz y basada en evidencia científica, sobre diferentes aspectos de salud en el embarazo, con el fin de que conozca sobre los factores de riesgo, estilos de vida saludable, aspectos nutricionales que la mejoren, lactancia materna exclusiva y planificación familiar. Resaltar la atención ante posibles complicaciones que pueden poner en riesgo su vida y la de la persona recién nacida y que debe estar alerta ante los primeros signos y síntomas para buscar atención médica inmediata. La consulta prenatal debe ofrecer la oportunidad de aclarar dudas a la embarazada, especialmente para aquellas que cursan su primer embarazo; durante todo el embarazo se deben efectuar acciones para prevenir o detectar la presencia de enfermedades preexistentes o subclínicas, diabetes gestacional, infecciones de vías urinarias, infecciones periodontales y preeclampsia; además de promover el autocuidado y la preparación para el nacimiento, quedando registrado en el expediente clínico.

5.3 Consultas subsecuentes.

5.3.1 Las actividades a realizar por parte del personal de salud en las consultas subsecuentes deben ser:

5.3.1.1 Permitir a la embarazada exponer sus dudas y síntomas. Aclararle las dudas con lenguaje comprensible y tomar en cuenta todos los signos y síntomas que manifieste.

5.3.1.2 Hacer interrogatorio dirigido buscando datos de alarma en el embarazo.

5.3.1.3 Identificar signos y síntomas de urgencia obstétrica: hipertensión arterial, pérdida de la conciencia, convulsiones, epigastralgia, cefalea intensa, hemorragia transvaginal, palidez intensa, dolor abdominal, fiebre, pérdida transvaginal de líquido o sangre. Consultar la Guía de Práctica Clínica de Detección y Tratamiento Inicial de las Emergencias Obstétricas, en la página de internet: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/442_GPC_Emergencias__obstetricas/GER_Emergencias_obstetricas.pdf

5.3.1.4 Realizar medición, registro e interpretación de peso, talla, presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, crecimiento de fondo uterino, movimientos del feto y frecuencia cardíaca fetal, ultrasonido.

5.3.1.5 Realizar interpretación y valoración de los resultados de exámenes de laboratorio y estudios de gabinete solicitados en la entrevista previa. En caso de cualquier anomalía en los estudios, se debe referir a la paciente con el médico especialista de forma inmediata y en su caso, trasladar al servicio de atención obstétrica de urgencia.

5.3.1.6 A todas las mujeres embarazadas se debe realizar la prueba de detección para DG entre la semana 24 y 28 del embarazo, aunque las mujeres con mayor riesgo pueden ser estudiadas desde antes.

5.3.1.7 Las mujeres con diagnóstico de DG deben ser referidas a un establecimiento para la atención médica de 2o. o 3er. nivel de atención en donde puedan recibir un manejo inmediato especializado. Entre las 6 y 12 semanas posteriores al término de la gestación a toda mujer con diagnóstico de diabetes gestacional se le debe realizar una CTG a fin de identificar a las mujeres con diabetes mellitus; así como para proporcionar el seguimiento especializado a su hijo/a.

5.3.1.8 Promover que la mujer embarazada acuda a consulta, de preferencia con su pareja, para que se integre y se corresponsabilice del control y vigilancia del embarazo; o bien, con algún familiar, para garantizar que alguien de su confianza la apoye en el proceso.

5.3.1.9 Promover la lactancia materna exclusiva, excepto en los casos medicamente justificados, entre ellos, el de madre VIH positiva, en los cuales, se recomendará sucedáneos de la leche materna o humana, conforme a la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.7, del Capítulo de Referencias, de esta Norma.

5.3.1.10 Proveer información completa sobre los métodos anticonceptivos, así como proporcionar la oferta sistemática de éstos conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, citada en el punto 2.2, del Capítulo de Referencias, de esta Norma, así como establecer mecanismos efectivos para la referencia y atención de la anticoncepción post-evento obstétrico, de preferencia en el post-parto o post-aborto inmediato y antes del alta hospitalaria, para aquellas mujeres que durante su control prenatal y su atención del parto expresen su deseo de usar algún método anticonceptivo.

5.3.1.11 Vacunar a la embarazada conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.21, del Capítulo de Referencias, de esta Norma;

5.3.1.12 Proporcionar información completa a la embarazada y a sus familiares, sobre signos y síntomas de alarma que ameriten una atención inmediata en el establecimiento para la atención médica, la elaboración de un plan de seguridad para la atención del parto o ante una urgencia obstétrica, en el que se identifique el

establecimiento que prestará la atención, el vehículo a utilizar en el traslado y la persona acompañante, considerando planes alternativos en caso de urgencia, debiéndose registrar dicha información en los formatos institucionales de traslado, el carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada (ver Apéndice J Normativo, de esta Norma).

5.3.1.13 Trasladar oportunamente a las pacientes en situación de urgencia obstétrica a los establecimientos para la atención médica con la capacidad resolutive adecuada, para tal efecto el personal de salud debe:

5.3.1.13.1 Conocer e informar a la mujer embarazada y a sus familiares, la ubicación del establecimiento para la atención médica de atención de urgencias obstétricas que le corresponda.

5.3.1.13.2 Definir el traslado, de acuerdo con los criterios establecidos, para atención de las gestantes a los establecimientos para la atención médica de primer, segundo y tercer nivel, empleando para ello los formatos que se establezcan con ese fin, como pueden ser formatos institucionales de traslado, el carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada (ver Apéndice J Normativo, de esta Norma).

5.3.1.13.3 En todos los casos de urgencia obstétrica, tales como hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos del embarazo, amenaza de parto pretérmino, sepsis o con enfermedades concomitantes graves, se debe brindar atención médica integral con oportunidad y calidad.

5.3.1.14 Proporcionar a la gestante, un carnet perinatal, cartilla o la guía básica para la mujer embarazada, que contenga los siguientes datos: ficha de identificación; antecedentes heredo familiares; antecedentes personales patológicos; antecedentes ginecoobstétricos; factores de riesgo obstétrico; evolución del embarazo en cada consulta incluyendo; fecha; edad gestacional; peso; presión arterial; fondo uterino; frecuencia cardíaca fetal; resultados de exámenes de laboratorio; observaciones; resultado de la atención obstétrica; factores de riesgo para embarazos posteriores.

5.3.1.15 Proporcionar información que destaque la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo.

5.3.1.16 El control prenatal debe ser realizado por personal calificado para la atención prenatal, con pertinencia cultural, considerando las diversas cosmovisiones en salud, especialmente de los pueblos indígenas, estar dirigido a la promoción de estilos de vida saludables, a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico como anemia, preeclampsia, complicaciones hemorrágicas del embarazo, infecciones cérvico vaginales, urinarias y de transmisión sexual, restricción del crecimiento intrauterino y detección y control de otras patologías preexistentes e intercurrentes con el embarazo, y aplicar

las medidas de atención oportuna, Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México; 2014. Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/048_GPC_Cesarea/IMSS_048_08_EyR.pdf

5.3.1.17 Realizar en cada consulta subsecuente, la búsqueda intencionada de los factores de riesgo y posibles complicaciones de acuerdo con los lineamientos y guías de práctica clínica vigentes.

5.4 Prevención del peso bajo al nacimiento.

5.4.1 El prestador de los servicios de salud que proporciona atención obstétrica debe seguir los criterios y procedimientos básicos para la prevención, detección oportuna de los factores de riesgo y manejo adecuado ante la amenaza de parto pretérmino, restricción en el crecimiento intrauterino y peso bajo al nacimiento. Ver el Apéndice E Normativo, de esta Norma.

5.4.2 La detección oportuna se debe realizar 3 meses antes del embarazo y durante la gestación.

5.4.3 Los procedimientos preventivos deben incluir la orientación a la mujer para el autocuidado, la identificación de los signos de alarma y la búsqueda de atención médica oportuna. Esta orientación también debe ser proporcionada a su pareja o a algún familiar.

5.4.4 Para detectar la restricción del crecimiento intrauterino se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento del incremento del peso materno, altura del fondo uterino (Apéndice A Normativo, de esta Norma), y del estudio ultrasonográfico, realizado preferentemente en etapas tempranas del embarazo (antes de las 20 semanas de gestación). En caso de sospechar restricción del crecimiento del feto, se debe confirmar el diagnóstico, clasificar, establecer el manejo y el seguimiento en el segundo o tercer nivel de atención.

5.4.5 En todos los establecimientos para la atención médica que manejan partos pretérmino, preferentemente se debe establecer la estrategia de madre canguro, para facilitar e incrementar el contacto de la persona recién nacida con la mamá. Además de propiciar la alimentación del recién nacido pretérmino con leche materna, en cuanto sea posible, a través de valoración clínica del médico.

5.5 Atención del parto.

5.5.1 En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo.

5.5.2 Al ingreso de toda mujer para la atención obstétrica, se deberá abrir el expediente clínico, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.1, del Capítulo de Referencias, de esta Norma y se integrará el partograma correspondiente que se señala en el Apéndice B Normativo, de esta Norma. En caso de necesitar traslado a un establecimiento para la atención médica con mayor capacidad resolutoria, se deberá valorar el traslado oportuno y seguro.

5.5.3 Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto.

5.5.4 En la valoración de inicio del trabajo de parto verdadero, se debe interrogar sobre la percepción de contracciones uterinas dolorosas, su intensidad y frecuencia, así como sobre la expulsión de mucosidad, líquido o sangre a través de los genitales, se deben tomar signos vitales, presión arterial, temperatura, efectuar palpación abdominal, medición de la altura uterina, presentación fetal, así como tacto vaginal para evaluar: presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y proporción céfalo-pélvica, dilatación, borramiento y posición del cuello uterino, además de evaluar características de membranas amnióticas, para decidir la conducta a seguir conforme a la Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México; 2014. Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/048_GPC_Cesarea/IMSS_048_08_EyR.pdf y en el caso de pérdida de sangre transvaginal, deben descartarse complicaciones como placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, u otras causas de hemorragia.

5.5.5 Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente, de acuerdo a sus necesidades; se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atención médica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posición en que la embarazada se sienta más cómoda, en tanto no exista contraindicación médica. Si la madre escoge recostarse deberá recomendarse el decúbito lateral izquierdo para prevenir hipotensión materna y riesgo de hipoxia fetal.

5.5.6 La prescripción de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto se realizará según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente de conformidad con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.4 del Capítulo de Referencias, de la Norma.

5.5.7 La inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado.

5.5.8 La utilización de auxiliares de diagnóstico de laboratorio y gabinete como la cardiotocografía y el ultrasonido, debe obedecer a indicaciones específicas. Los procedimientos invasivos requieren del consentimiento informado de la paciente por escrito.

5.5.9 A la recepción de la embarazada en trabajo de parto, la tricotomía vulvo perineal y la aplicación de enema evacuante, no serán de aplicación obligatoria, excepto en los casos que por indicación médica así se requiera. Asimismo, se debe reducir el número de tactos vaginales. En todo caso, la mujer debe ser informada previamente y debe existir nota médica en el expediente clínico. Se recomienda realizar episiotomía de manera selectiva dependiendo de la valoración clínica.

5.5.10 Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. La frecuencia cardiaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos. La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto. Valores entre 100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve.

5.5.11 El registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación, se debe realizar mediante tacto vaginal por lo menos cada hora para identificar oportunamente

eutocias o distocias. La mujer debe ser informada antes y después de la exploración.

5.5.12 El registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) deben hacerse cada dos horas, de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente.

5.5.13 Las indicaciones, prescripciones y procedimientos deben ser registrados en el expediente clínico, conforme a lo que establece la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.1, del Capítulo de Referencias, de esta Norma.

5.5.14 Durante el periodo expulsivo, no debe realizarse la maniobra de Kristeller ya que los riesgos para la madre y el feto son elevados.

5.5.15 La atención del parto respetuoso con pertinencia cultural se debe promover en los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención, mediante la adecuación de espacios físicos, procedimientos de atención, implementos utilizados y permitiendo la elección de la posición por parte de la mujer. Esto se debe efectuar de acuerdo a las condiciones clínicas de la embarazada y del producto, así como de la adecuación de la infraestructura hospitalaria y la capacitación del personal para este tipo de atención. Dicha capacitación debe ser promovida por las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, en los lugares donde es culturalmente utilizado y aceptado.

5.5.16 El pinzamiento y corte del cordón umbilical se debe realizar de 30 a 60 segundos después del nacimiento, aun siendo prematuros, manteniendo a la persona recién nacida por abajo del nivel de la placenta. En caso de madre Rh negativo no isoimmunizada, circular de cordón al cuello y sufrimiento fetal agudo, el pinzamiento y corte debe ser inmediato.

5.5.17 Para el manejo activo del periodo del parto se recomienda la aplicación de 10 UI de oxitocina por vía IM o IV, posterior al nacimiento del hombro anterior. Realizar pinzamiento del cordón umbilical, tracción suave y sostenida del mismo y finalmente masaje uterino a través de la pared abdominal. Revisar que la placenta y sus membranas estén completas, verificar la integridad del canal del parto. Asimismo, comprobar que el útero esté contraído, el sangrado transvaginal sea escaso y los signos vitales sean normales. La aplicación de otros uterotónicos será de acuerdo al criterio médico basado en evidencia con atención personalizada y bajo vigilancia.

5.5.18 La revisión manual o instrumental de la cavidad uterina no debe realizarse de manera rutinaria; no es una maniobra sustitutiva de la comprobación de la integridad de la placenta. Sólo ante la sospecha de retención de restos placentarios, previa información a la paciente, bajo estricta técnica de antisepsia y analgesia, se debe realizar la revisión de la cavidad uterina por personal calificado.

5.5.19 En todas las púerperas Rho (D) negativas se debe pinzar el cordón umbilical únicamente en el extremo que corresponde a la persona recién nacida, dejando sin pinzar su extremo placentario y se debe evitar, en lo posible, la revisión de la cavidad uterina.

5.5.20 Los datos correspondientes al resultado del parto deben consignarse en el expediente clínico incluyendo los siguientes datos:

5.5.20.1 Tipo y atención del parto;

5.5.20.2 Fecha y hora de nacimiento;

5.5.20.3 Condiciones de la persona recién nacida al nacimiento: valoración Silverman Anderson, Apgar, sexo, edad gestacional, examen antropométrico completo, estado de salud, pronóstico, aplicación de medicamentos o vacunas, de conformidad con los Apéndices E, F, G y H Normativos, de esta Norma, y

5.5.20.4 Anotar si existen anomalías congénitas, enfermedades, o lesiones;

5.5.20.5 En caso de realizar la operación cesárea, es necesario registrar con detalle en el expediente clínico los diagnósticos que condujeron a dicho procedimiento quirúrgico, y el o los profesionales de la salud responsables de la decisión;

5.5.20.6 Debe informarse oportunamente a la mujer de esta decisión y sus fundamentos, lo que también debe registrarse en el expediente clínico, incluyendo los riesgos y beneficios asociados y las consideraciones en futuros embarazos y partos después de la operación cesárea, y

5.5.20.7 Al final de este periodo, se debe valorar las condiciones clínicas para la aplicación de algún método anticonceptivo indicado en el postparto inmediato, como es el dispositivo intrauterino, siempre y cuando se haya cumplido con el proceso de consejería y de consentimiento informado.

5.6 Atención del puerperio.

5.6.1 En todo establecimiento para la médica en el que se proporcione atención obstétrica, el personal de salud aplicará los procedimientos para la vigilancia del puerperio inmediato, que deben incluir:

5.6.1.1 En caso de haberse realizado episiotomía, revisar la episiorrafia ante la posibilidad de hemorragia o hematoma, dentro de la primera hora posparto.

5.6.1.2 En la primera hora del puerperio, revisar a la paciente cada 15 minutos, vigilando el comportamiento de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura, llenado capilar, hemorragia transvaginal, el tono y altura del útero y el reinicio de la micción espontánea. Posteriormente, se revisará cada 30 minutos hasta completar las 2 primeras horas del puerperio y luego entre 4 y 8 horas de acuerdo a su evolución hasta su egreso.

5.6.1.3 Inicio de la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida de la persona recién nacida, en mujeres y recién nacidas/os cuyas condiciones de salud lo permitan;

5.6.1.4 En las primeras ocho horas, favorecer la deambulaci3n, alimentaci3n normal e hidrataci3n;

5.6.1.5 Informar a la paciente y a su pareja, para que identifiquen oportunamente signos y sntomas de alarma, incluidos aquellos que afecten la salud mental;

5.6.1.6 El egreso de la paciente podr3 efectuarse hasta que hayan transcurrido las 24 horas del posparto en caso de no existir complicaciones.

5.6.1.7 A las madres Rho (D) negativas, con persona reci3n nacida Rho positivo y con prueba de Coombs indirecta negativa, se les aplicar3n 300 µg de globulina inmune anti Rho, dentro de las primeras 72 horas posparto o cuando se realice otro evento obst3trico o procedimiento invasivo capaz de ocasionar hemorragia feto-materna y que pueda condicionar en la madre inmunizaci3n al ant3geno "D". La atenci3n preferentemente debe ser realizada por personal calificado.

5.6.1.8 Se debe promover desde la atenci3n prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio fisiol3gico sea llevada a cabo con un m3nimo de 2 controles m3dicos.

5.6.1.9 Durante el internamiento y antes del alta m3dica, orientar a la madre y a su pareja o familiar, sobre los cuidados de la persona reci3n nacida, sobre la t3cnica de la lactancia materna exclusiva, signos y sntomas de alarma de la persona reci3n nacida (succi3n e ingesta adecuada, micci3n y evacuaci3n presente, estado de alerta, fiebre, ictericia, apnea, cianosis, dificultad respiratoria, llanto inconsolable, crisis convulsivas, v3mito, distensi3n abdominal e hipotermia) o de la madre (fiebre, hemorragia, cefalea persistente), que ameritan atenci3n m3dica urgente.

5.6.2 Para la atenci3n del puerperio mediato y tard3o, el personal de salud debe:

5.6.2.1 Proporcionar 2 consultas, la inicial dentro de los primeros 15 d3as y la segunda al final del puerperio.

5.6.2.2 Vigilar la involuci3n uterina, los loquios, la presi3n arterial, frecuencia cardiaca y la temperatura tan frecuente como sea necesario para prevenir y detectar complicaciones.

5.6.2.3 Proporcionar informaci3n completa a la madre y a su pareja, sobre los cuidados de la persona reci3n nacida, cuadro de inmunizaciones, lactancia materna exclusiva, nutrici3n de la madre y los cambios emocionales que ocurren durante este periodo.

5.7 Atenci3n a la persona reci3n nacida.

5.7.1 La atenci3n de la persona reci3n nacida viva implica asistencia en el momento del nacimiento, as3 como la primera consulta de revisi3n entre los 3 y 5 d3as posteriores al nacimiento, y la segunda a los 28 d3as posteriores al nacimiento.

5.7.2 Todo establecimiento para la atenci3n m3dica que proporcione atenci3n obst3trica debe tener reglamentados procedimientos para la atenci3n de la persona reci3n nacida que incluyan:

5.7.2.1 Reanimaci3n neonatal; de ser necesaria;

5.7.2.2 Manejo del cord3n umbilical;

5.7.2.3 Valoraci3n de Apgar, conforme al Ap3ndice F Normativo, de esta Norma;

5.7.2.4 Valoraci3n de Silverman Anderson. Ap3ndice G Normativo, de esta Norma;

5.7.2.5 Prevenci3n de cuadros hemorr3gicos con vitamina K 1 mg IM;

5.7.2.6 Prevenci3n de oftalmopati3 purulenta con antibi3tico local;

5.7.2.7 Ex3menes f3sico y antropom3trico completos;

5.7.2.8 Valoraci3n de la edad gestacional o madurez f3sica y neuromuscular de acuerdo al Ap3ndice H Normativo, de esta Norma;

5.7.2.9 Vacunación de la persona recién nacida conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.21, en el Capítulo de Referencias, de esta Norma;

5.7.2.10 Alojamiento conjunto;

5.7.2.11 Alimentación exclusiva al seno materno y/o leche humana, y

5.7.2.12 Realización de toma de muestra para el tamiz neonatal a partir de las 72 horas de vida.

5.7.3 Para valorar la edad gestacional y la maduración neurológica, se emplearán el método de Capurro o el de Ballard modificado conforme a lo establecido en los Apéndices H e I Normativos, de esta Norma.

5.7.4 Se debe realizar el examen físico de la persona recién nacida, valorando los siguientes elementos:

5.7.4.1 Aspecto General: estado de maduración, estado de alerta, de nutrición, actividad, llanto, coloración, presencia de edema, evidencia de dificultad respiratoria, postura, examen antropométrico y otros elementos que permitan considerar sano o no a la persona recién nacida.

5.7.4.2 Piel: color, consistencia, hidratación, evidencia de tumores, lesiones, erupciones, presencia de vérmix caseosa y valorar si está teñida de meconio, uñas.

5.7.4.3 Cabeza y Cara: tamaño, forma, fontanelas, líneas de suturas, implantación de cabello, simetría facial y dismorfia facial.

5.7.4.4 Ojos: presencia y tamaño del globo ocular, fijación visual, nistagmus, presencia/ausencia de infecciones, edema conjuntival, hemorragia, opacidades de córnea y cristalino, reflejos pupilares, retina, distancia entre ambos ojos y lagrimeo.

5.7.4.5 Oídos: tamaño, forma, simetría e implantación, presencia/ausencia de apéndice preauricular, fístulas, permeabilidad de conducto auditivo externo y reflejo cocleopalpebral por palmada.

5.7.4.6 Nariz: permeabilidad de fosas nasales, presencia/ausencia de secreciones anormales y depresión del puente nasal.

5.7.4.7 Boca: Presencia de fisuras de labio y/o paladar, quistes de inclusión, brotes dentarios y sialorrea, forma y tamaño de la lengua.

5.7.4.8 Cuello: movilidad y presencia de masas tumorales, permeabilidad esofágica, presencia y tamaño de tiroides y presencia/ausencia de fístulas.

5.7.4.9 Tórax: forma, simetría de areolas mamarias, evidencia de dificultad respiratoria, frecuencia y tipo de respiración, percusión y auscultación con entrada bilateral de aire en campos pulmonares.

5.7.4.10 Cardiovascular: frecuencia y ritmo cardíaco, presencia y/o ausencia de soplos, cianosis, frémito palpación de los pulsos en las cuatro extremidades y, en su caso, medición de presión arterial.

5.7.4.11 Abdomen: forma, volumen, concavidad, masas palpables, megalias, presencia de hernia o eventración, presencia/ausencia de peristaltismo y características del cordón umbilical (presencia de dos arterias y una vena).

5.7.4.12 Genitales: anomalías y características de los órganos genitales masculinos o femeninos. En los hombres: implantación del meato urinario, presencia, tamaño y localización testicular, coloración. En las mujeres: presencia de secreción vaginal y tamaño del clítoris.

5.7.4.13 Ano: permeabilidad y localización.

5.7.4.14 Tronco y columna vertebral: Integridad, continuidad y presencia/ausencia de masas.

5.7.4.15 Extremidades: integridad, movilidad, deformaciones, posiciones anormales, fracturas, parálisis y luxación congénita de cadera, pulsos periféricos, llenado capilar.

5.7.4.16 Estado neuromuscular: reflejo de Moro, glabellar, búsqueda, succión, deglución, prensión palmar y plantar, marcha automática, tono, reflejos osteotendinosos y movimientos anormales.

5.7.5 Para la evaluación y registro de examen antropométrico deben utilizarse las tablas de la OMS vigentes.

5.7.6 En caso de identificar alteraciones y/o defectos al nacimiento, se debe aplicar lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.19, en el Capítulo de Referencias, de esta Norma.

5.7.7 Se recomienda investigar rutinariamente en la persona recién nacida de madre Rh negativa que se sospeche riesgo de isoimmunización, el grupo ABO, el factor Rho (D), su variante débil Du y la prueba de antiglobulina directa o prueba de Coombs, así como Biometría hemática completa y bilirrubinas.

5.7.8 Se eliminarán como prácticas de rutina y serán realizadas sólo por indicación médica: la aspiración de secreciones con sonda, el lavado gástrico, el ayuno, la administración de soluciones glucosadas por vía oral, agua y/o fórmula láctea, el uso de biberón y la separación madre-hija/o.

5.7.9 Evitar el ayuno por más de 4 horas en la persona recién nacida a menos de que exista indicación médica y siempre con aporte de soluciones parenterales según los requerimientos, conforme a la Guía de Práctica Clínica Nutrición Parenteral en Pediatría, que se encuentra en la página de internet: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/121_GPC_NUTRICION_PARENTERAL_PED/Ssa_121_08_grr.pdf.

5.7.10 En el alojamiento conjunto, se debe vigilar y tomar signos vitales a la persona recién nacida por lo menos una vez por turno (cada 8 horas) y evitar que la persona recién nacida esté en decúbito ventral (boca abajo), para reducir el riesgo de muerte súbita.

5.7.11 Se debe vigilar estrechamente por lo menos durante 24 horas a toda persona recién nacida que haya recibido maniobras de reanimación neonatal o a aquellos productos pretérmino o postérmino.

5.7.12 En todo establecimiento para la atención médica en el que se atiendan partos y a personas recién nacidas, se debe tomar muestra para el tamiz metabólico neonatal, tomando muestra del talón, a partir de las 72 horas del nacimiento hasta los 5 días de vida, asegurando el envío en menos de 5 días y la entrega de resultados en menos de 15 días. Para casos especiales, consultar el Lineamiento Técnico para la Detección y Tratamiento Oportuno e Integral del Hipotiroidismo Congénito, que se encuentra en la página de internet: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/imagenes_diarios/Tamiz_Neonatal_lin_2007.pdf

5.7.13 Evitar como práctica rutinaria la circuncisión, toda vez que no existe evidencia científica que compruebe un beneficio directo a la persona recién nacida.

5.8 Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva

5.8.1 En todo establecimiento para la atención médica en el que se proporcione atención obstétrica, el personal de salud debe aplicar los criterios y procedimientos para favorecer la práctica de la lactancia materna exclusiva, así como el alojamiento conjunto, atendiendo a las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

5.8.2 Se debe promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de la persona recién nacida y promover continuarla de manera complementaria hasta el segundo año de vida.

5.8.3 Durante la lactancia, se debe vigilar estrechamente la prescripción y el uso de medicamentos administrados a la madre, conforme al Apéndice D Normativo, de esta Norma.

5.8.4 En los establecimientos para la atención médica no se permitirá promover fórmulas para lactantes o alimentos que sustituyan la leche materna.

5.8.5 La indicación de sucedáneos de leche materna o humana a menores de seis meses, únicamente se hará bajo prescripción médica y así se debe registrar en el expediente clínico.

5.8.6 Los establecimientos para la atención médica deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados. Se debe informar diariamente a las embarazadas y púerperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y de las implicaciones derivadas del uso del biberón y de los sucedáneos de la leche materna o humana.

5.9 Manejo de la niña o el niño, con peso bajo al nacimiento.

5.9.1 En las instituciones de salud se debe promover que la atención a la embarazada con amenaza o con trabajo de parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino de la persona recién nacida pretérmino o con peso bajo se lleve a cabo en establecimientos para la atención médica de segundo o tercer nivel de atención o por personal especializado.

5.9.2 Al nacimiento, se debe utilizar la curva de crecimiento intrauterino para clasificar a la persona recién nacida y tomar las medidas pertinentes en su manejo, de conformidad con el Apéndice E Normativo, de esta Norma. Se recomienda utilizar la clasificación mexicana de Jurado García o la clasificación internacional adaptada de Battaglia y Lubchenco.

5.9.3 Se debe promover que la persona recién nacida de bajo peso sea alimentado con leche de su propia madre.

5.9.4 La madre y el padre deben ser instruidos sobre los cuidados domiciliarios de la persona recién nacida de peso bajo, para su integración a programas específicos.

5.10 Prevención del retraso mental y otros daños producidos por errores congénitos del metabolismo como el hipotiroidismo congénito, la galactosemia, la fenilcetonuria y la hiperplasia de glándulas suprarrenales.

5.10.1 En caso de existir la mínima sospecha de enfermedad metabólica congénita, el personal de salud, debe promover la atención del recién nacido pretérmino, se lleve a cabo en establecimientos para la atención médica de segundo o tercer nivel de atención o por personal especializado.

5.10.2 En todo establecimiento para la atención médica en el que se atiendan partos y personas recién nacidas, se debe tomar muestra para el tamiz neonatal, tomando muestra del talón, idealmente, y a partir de las 72 horas del nacimiento hasta los 5 días de vida. Para casos especiales, consultar el Lineamiento Técnico, Tamiz Neonatal. Detección y Tratamiento Oportuno e Integral del Hipotiroidismo Congénito, que se encuentra en la página de internet http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/imagenes_diarios/Tamiz_Neonatal_lin_2007.pdf

5.11 Promoción de la salud materna y perinatal.

5.11.1 En todo establecimiento para la atención médica, el personal de salud debe:

5.11.1.1 Desarrollar acciones de educación para la salud orientadas a favorecer la decisión libre e informada que estimule en las madres y padres actitudes y aptitudes de autocuidado de la salud y responsabilidad compartida a favor de la salud perinatal y de la maternidad, paternidad, familias y ambientes de trabajo saludables.

5.11.1.2 Promover, impulsar y fortalecer la participación de autoridades comunitarias, municipales y de la sociedad civil organizada, para la elaboración y ejecución de acciones que disminuyan los factores de riesgos que afectan la salud materna y perinatal, incluyendo la violencia familiar y de género y los factores ambientales negativos.

5.11.1.3 Proporcionar información completa acerca de:

5.11.1.3.1 La calidad alimentaria, nutricional e higiene de los alimentos.

5.11.1.3.2 El uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia con efectos indeseables en el feto o en el niño/a.

5.11.1.3.3 Las ventajas de la lactancia materna exclusiva, la técnica de amamantamiento y la atención de los problemas más frecuentes.

5.11.1.3.4 Los cuidados durante el embarazo y el puerperio y signos de alarma que requieren atención médica urgente, así como el lugar donde se podrá acudir para recibir la atención médica.

5.11.1.3.5 Los signos del inicio del parto y conducta ante los mismos.

5.11.1.3.6 Los cuidados de la persona recién nacida y signos de alarma que requieren atención médica urgente.

5.11.1.3.7 La importancia de la vigilancia nutricional del crecimiento y desarrollo en las diferentes etapas de la niñez.

5.11.1.3.8 La prevención y control de enfermedades diarreicas y manejo del sobre vida suero oral.

5.11.1.3.9 Los esquemas de vacunación.

5.11.1.3.10 La planificación familiar desde el control prenatal la anticoncepción postevento obstétrico (APEO).

5.11.1.3.11 La detección oportuna de los defectos al nacimiento.

5.11.1.3.12 La prevención del retraso mental por hipotiroidismo congénito y otros errores del metabolismo.

5.11.1.3.13 Los cambios físicos y emocionales de la embarazada.

5.11.1.3.14 La importancia de la participación de la pareja y/o la familia durante el proceso grávido-puerperal.

5.11.1.3.15 En los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención localizadas en regiones indígenas, se debe promover la presencia de facilitadoras interculturales (traductoras indígenas) que apoyen en el proceso de traducción a las gestantes, respecto a los procedimientos a ser realizados, asegurando la total comprensión de los mismos, como un elemento indispensable para señalar su conformidad con la realización de éstos. Todas estas acciones deben realizarse con pertinencia cultural, en contextos donde sea requerido.

5.12 Registro e información.

5.12.1 Las personas responsables de obstetricia y de pediatría de los establecimientos para la atención médica deben efectuar el registro de las atenciones obstétricas y a las personas recién nacidas, mediante formatos específicos que serán llenados por el personal de salud que preste el servicio y concentrados por las personas responsables del área de estadística correspondiente.

5.12.2 Para la certificación del nacimiento en el territorio nacional de toda persona nacida viva debe utilizarse el formato vigente del Certificado de Nacimiento y observarse la normativa aplicable a la expedición, uso y manejo de este Certificado.

5.12.3 Los Certificados de Nacimiento, Defunción y Muerte Fetal deben ser expedidos de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.20, del Capítulo de Referencias, de esta Norma y en las disposiciones jurídicas aplicables.

5.12.4 Toda defunción y muerte fetal ocurrida en territorio nacional será certificada mediante los formatos vigentes de los certificados de defunción y muerte fetal, de conformidad con la normativa aplicable a la expedición, uso y manejo de ambos certificados.

6. Bibliografía

8.1 Academia Americana de Pediatría y Asociación Americana de Cardiología, Reanimación neonatal, 5ª edición, 2006.

8.2 American Diabetes Association, Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care, 32: supp 1, 2009.

8.3 Beck D, Ganges F, Goldman S, Long P, Care of the newborn. Save the children federation, Washington DC. 2004.

8.4 Buhimschi CS and Weiner CP, Medications in pregnancy and lactation. Part 1. Teratology. Clinical expert series. Obstet Gynecol, 113:166-88, 2009.

8.5 Buhimschi CS and Weiner CP, Medications in pregnancy and lactation. Part 2. Drugs with minimal or unknown human teratogenic effect. Clinical expert series Obstet Gynecol, 113:417-32, 2009.

8.6 Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología. Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de la Mujer. Noviembre 2006.

8.7 Lawn JE, Zuspan J, Begkoyian G, Disease control priorities in developing countries, 531-549, 2006.

8.8 Ley General de Salud.

8.9 Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

8.10 Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia. Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital Luis Castelazo Ayala. IMSS LCA No. 4. 2005.

8.11 OMS (WHO) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Atención obstétrica de emergencia, 2003.

8.12 OMS, Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de la leche materna, 2009.

8.13 Organización Panamericana de la Salud, León-cava N, Lutter CH, Ross J, Martin MA, Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña evidencia 2002.

8.14 Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Presidencia de la República. Estados Unidos Mexicanos.

8.15 Programa de la OMS para identificar las prácticas más efectivas en salud reproductiva. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. OMS, Ginebra, 2003.

8.16 Secretaría de Salud, Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

8.17 Secretaría de Salud, Programa de acción específico, Arranque Parejo en la Vida 2007-2012, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

8.18 Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Información en Salud, Manual de Implementación del Certificado de Nacimiento, México 2007.

8.19 Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica, 2002. Disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/imagenes_diarios/hemorragia.pdf

8.20 Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la pre-eclampsia eclampsia. 2006. Disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/imagenes_diarios/PREECLAMPسيا_ECLAMPسيا_lin-2007.pdf

8.21 Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud, Lineamiento técnico cesárea segura. 2002. Disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/imagenes_diarios/DOCSAL7101.pdf

8.22 Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. La atención intercultural a las mujeres: el trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud. 2009.

8.23 Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

8.24 Secretaría de Salud. Normas y Procedimientos en Ginecología y Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología.

8.25 World Health Organization, Recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage, Department of making pregnancy safer, 2007.

8.26 World Health Organization, Report of technical consultation on birth spacing. Geneva, Switzerland, 2006.

8.27 World Health Organization, Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fourth Edition. 2009

8.28 World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564007_eng.pdf

9. Observancia de la norma

La vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia.

10. Vigencia

La presente Norma entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

TRANSITORIO.- La entrada en vigor de la presente Norma, deja sin efectos la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1995.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

Ciudad de México, a 4 de marzo de 2016.- El Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, **Pablo Antonio Kuri Morales**.- Rúbrica.