



TESIS DOCTORAL

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PRENATAL, PARA EL PARTO Y POSNATAL, EN LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE COTOPAXI, ECUADOR.

AGNESE BOSISIO

Doctorado en Innovación en Formación del Profesorado. Asesoramiento Análisis de la Práctica Educativa y TIC en Educación.

Conformidad del director Dr. Miguel Ángel Martín Sánchez y coodirectora Dra. Bianca Fiorella Serrano Manzano:

Esta tesis cuenta con la autorización del director y coodirectora de la misma y de la Comisión Académica del programa. Dichas autorizaciones constan en el Servicio de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad de Extremadura.



TESIS DOCTORAL

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN PRENATAL, PARA EL PARTO Y POSNATAL, EN LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE COTOPAXI, ECUADOR.**

AGNESE BOSISIO

**Doctorado en Innovación en Formación del Profesorado. Asesoramiento
Análisis de la Práctica Educativa y TIC en Educación.**

AGRADECIMIENTOS:

Quiero agradecer en primer lugar a mis directores: el Dr. Miguel Ángel Martín Sánchez y la Dra. Bianca Fiorella Serrano Manzano, por haber acogido el reto de construir este trabajo conmigo y por haberme acompañado y guiado durante todo el proceso. Les agradezco además porque durante mis estancias en España me acogieron en sus universidades, casas y familias haciéndome sentir siempre muy bien, y de esa forma se convirtieron además de profesores, en queridos amigos.

Agradezco a la Universidad de Extremadura por haberme permitido ser parte de ella y fortalecer mis conocimientos y perfil profesional.

Agradezco a la Universidad Técnica de Cotopaxi, a sus Autoridades, Docentes y Estudiantes, por la apertura brindada para la realización de esta investigación.

De una manera muy especial quiero agradecer a las estudiantes de la Universidad Técnica de Cotopaxi que participaron en la investigación, quienes tuvieron la apertura de compartir conmigo sus experiencias de maternidad en la UTC que fue la base para poder construir el programa formativo.

Agradezco a los profesores: Dr. Nelson Chiguano, Dr. Juan José La Calle, Dr. Agustín de la Herrán Gascón, Lic. Manuel Hurtado, Dra. Carmen Carballo, Dr. Antonio Salvador, Dra. Dora Jaramillo, Dra. Nancy Almeida, Dra. M. Dolores Collaguazo, Dra. Gloria Vizcaíno, Mg.C. Paola Defaz, Dr. Jorge Cáceres, Dr. Lenin Guerra, por haber participado en el proceso de validación de las diferentes etapas de la investigación y por todas las sugerencias que enriquecieron este trabajo.

Agradezco a mi familia: a mi papá, a mi mamá, a mi esposo, a mis hijos, a mis hermanos y también a mis amigos (familia del corazón) por el apoyo constante en estos años de estudio, por la paciencia, por los ánimos, por el acompañamiento, por creer en mí aún cuando yo no lo hacía.

Gracias infinitas, sin el apoyo de cada uno, este trabajo no se habría logrado.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todas las estudiantes de la UTC que se convertirán en madres, con la esperanza de que pueda contribuir un grano de arena a sus experiencias de maternidad.

Dedico también este trabajo a mis dos hijos Anita y Richi, que nacieron durante la elaboración de esta investigación, que me permitieron vivir la mejor experiencia de mi vida: ser madre y que me llevaron todo el tiempo de la teoría a la práctica.

Dedico este trabajo a mi mamá, por ser mi mamá y por su apoyo fundamental en este proceso investigativo.

RESUMEN

En la Universidad Técnica de Cotopaxi (UTC), cada año lectivo, un porcentaje considerable de estudiantes se convierten en madres durante su formación académica. El objetivo general de esta tesis doctoral fue “elaborar un programa de educación prenatal, para el parto y posnatal, en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador”. En primer lugar se elaboró una revisión de la bibliografía que permitió determinar los antecedentes de la educación prenatal, así como establecer los fundamentos teóricos para el programa formativo. Luego se realizó un análisis diagnóstico para comprender la educación prenatal que recibieron las estudiantes de la UTC y su incidencia en la experiencia de maternidad de las mismas. Para el diagnóstico se aplicó una metodología cualitativa y se triangularon las técnicas: grupo focal, historia de vida y entrevista. Entre los principales resultados se puede mencionar que las estudiantes de la UTC que se convirtieron en madres durante su formación académica no recibieron educación prenatal, ni acompañamiento pedagógico; la falta de conocimientos no permitió que las participantes se empoderaran del proceso de maternidad. Se observó que las experiencias de maternidad y formación en la universidad influyeron entre ellas generando en las estudiantes dificultad para encontrar un equilibrio entre las responsabilidades familiares y académicas. A partir de estos resultados se construyó un programa formativo para la educación prenatal, para el parto y posnatal, mismo que está compuesto por 6 conferencias y 12 talleres y cuenta con el acompañamiento pedagógico permanente de la educadora prenatal. El programa fue validado por 8 expertos utilizando el método Delphi y obtuvo valoraciones positivas de acuerdo a 10 criterios de valoración.

Palabras clave: educación prenatal, parto, educación posnatal, programa formativo.

ABSTRACT

In the past academic years, a considerable percentage of students became mothers while they were studying at Technical University of Cotopaxi. The main aim of this doctoral thesis was the development of a prenatal, childbirth and postnatal educational program for the Technical University of Cotopaxi, Ecuador. At the beginning, a bibliographical review of the historical background of prenatal education was carried out; at the same time, the epistemological basis of the educational program was settled. After that, a diagnostic research was fulfilled with the aim of rating the prenatal education which UTC students had previously received and its incidence in their motherhood experience. A qualitative research methodology was designed for the diagnosis and a triangulation of focus group, life history and interview techniques was implemented. Among the main results one has to consider that the students of the Technical University of Cotopaxi who became mothers while studying received neither prenatal education, nor permanent pedagogical accompaniment, and this lack of knowledge prevented them from engaging their motherhood experience. It was observed that experiencing motherhood and University training at the same time, negatively influence both of them and generates difficulties in the students in establishing a balance between their academic and family responsibilities. Considering these outcomes, a prenatal, childbirth and postnatal educational program consisting of 6 conferences and 12 workshops has been developed; permanent pedagogical accompaniment is also provided by means of prenatal educators. The developed program has been validated by 8 experts using Delphi Method and received positive ratings according to 10 evaluation criteria.

Keywords : educational program, prenatal education, childbirth, postnatal education.

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|----|
| AGRADECIMIENTOS | 5 |
| DEDICATORIA | 7 |
| RESUMEN | 9 |
| ABSTRACT | 10 |
| ÍNDICE GENERAL | 11 |
| ÍNDICE DE TABLAS | 16 |
| ÍNDICE DE ILUSTRACIONES | 18 |
| INTRODUCCIÓN GENERAL | 19 |
| PARTE 1: | 22 |
| MARCO TEÓRICO | 22 |
| Capítulo 1: Antecedentes del programa formativo en educación prenatal, para el parto y posnatal | 23 |
| 1.1 Introducción del capítulo | 23 |
| 1.2 Breve análisis de los objetivos de la educación institucionalizada en la historia del pensamiento pedagógico. | 23 |
| 1.2.1 La Edad Antigua | 24 |
| 1.2.2 La Edad Media. | 28 |
| 1.2.3 Del Renacimiento hasta el Siglo XVIII (pasando por el Humanismo, la Reforma, la Contrarreforma y la Ilustración) | 31 |
| 1.2.4 Pensamiento pedagógico en la edad contemporánea | 37 |
| 1.3 La educación prenatal en las instituciones sanitarias..... | 43 |
| 1.3.1 Revisión de investigaciones sobre “educación prenatal” en instituciones de salud. | 43 |
| 1.3.2 Análisis y discusión de los resultados de la revisión | 46 |
| 1.4 Nuevas Perspectivas para la educación prenatal | 62 |
| 1.5 Conclusiones del capítulo:..... | 69 |
| Capítulo II: Fundamentos epistemológicos para el programa formativo..... | 71 |
| 2.1 Introducción..... | 71 |

| | |
|--|-----|
| 2.2 Periodo prenatal..... | 71 |
| 2.2.1 Fase de preparación a la concepción de la vida humana..... | 71 |
| 2.2.2 La Fecundación..... | 73 |
| 2.2.3 Fase embrionaria:..... | 73 |
| 2.2.4 Principales cuidados durante la fase embrionaria | 79 |
| 2.2.5 Fase fetal | 83 |
| 2.2.6 Cuidado materno-infantil en el periodo fetal..... | 92 |
| 2.3 Fundamentos epistemológicos para el programa formativo en preparación al parto respetado y empoderado..... | 102 |
| 2.3.1 El respeto del tiempo y del espacio. | 106 |
| 2.3.2 La posibilidad de estar acompañados:..... | 107 |
| 2.3.3 El profesionalismo y la humanidad del personal médico. | 109 |
| 2.3.4 El rol pedagógico del personal de salud y la toma de decisiones..... | 112 |
| 2.3.5 El respeto por el dolor y la capacidad de soportarlo..... | 114 |
| 2.3.6 El contacto inmediato con el bebé e inducción a la lactancia materna. | 116 |
| 2.3.7 La importancia de tener la asistencia de una mujer-madre. | 118 |
| 2.4 Fundamentos epistemológicos para el programa formativo de la fase posnatal..... | 121 |
| 2.4.1 El inicio del apego. | 124 |
| 2.4.2 Importancia de un apego seguro para el desarrollo del bebé..... | 130 |
| 2.4.3 Apego y lactancia materna | 133 |
| 2.4.4 Permiso maternal/paternal..... | 135 |
| 2.4.5 El sueño | 137 |
| 2.4.6 Madre canguro: contacto piel a piel | 138 |
| 2.4.7 El llanto de los bebés..... | 139 |
| 2.5 El desarrollo del bebé en los primeros 6 meses de vida | 142 |
| 2.6 El paso de mujer a madre..... | 143 |
| 2.7 Conclusiones del capítulo..... | 145 |
| PARTE 2:..... | 148 |
| ESTUDIO DIAGNÓSTICO | 148 |

| | |
|---|-----|
| Capítulo 3: Diagnóstico: Diseño metodológico. | 149 |
| 3.1 Introducción del capítulo..... | 149 |
| 3.2 Primera fase del estudio diagnóstico | 149 |
| 3.3 Segunda fase del estudio diagnóstico | 151 |
| 3.4 Conclusiones del capítulo..... | 166 |
| Capítulo 4: Resultados del diagnóstico. | 167 |
| 4.1 Introducción del capítulo..... | 167 |
| 4.3 Fase 2: Resultados del estudio cualitativo..... | 170 |
| 4.3.1 Caracterización de la población participante en el grupo focal y en las historias de vida | 170 |
| 4.3.2 Análisis y Discusión de resultados del estudio cualitativo con Atlas.ti | 177 |
| 4.4 Entrevista a la Directora de Bienestar Estudiantil de la UTC..... | 250 |
| 4.5 Resumen de los principales resultados | 252 |
| 4.6 Discusión de resultados. | 257 |
| 4.7 Conclusiones del capítulo..... | 272 |
| PARTE 3:..... | 274 |
| LA PROPUESTA | 274 |
| Capítulo V: Desarrollo de la Propuesta..... | 275 |
| 5.1 Tema: Programa formativo para la educación prenatal, para el parto y posnatal en la Universidad Técnica de Cotopaxi – Ecuador | 275 |
| 5.1.1 Justificación..... | 275 |
| 5.2 Enfoques educativos del programa formativo | 277 |
| 5.3 Diseño curricular del programa formativo (objetivos, metodología, contenidos y evaluación)..... | 282 |
| 5.3.1 Objetivos | 282 |
| 5.3.2 Metodología | 283 |
| 5.3.3 Contenidos: | 285 |
| 5.3.4 Captación de participantes. | 287 |
| 5.3.5 Evaluación y aprobación..... | 287 |
| 5.7 Desarrollo del programa. | 288 |

| | |
|--|-----|
| 5.7.1 Acompañamiento educativo permanente por parte de la educadora prenatal... | 288 |
| 5.7.2 Perfil profesional de la educadora prenatal | 290 |
| 5.7.3 Encuentros con la educadora prenatal..... | 293 |
| 5.7.4 Conferencias y talleres formativos | 293 |
| 5.7.5 Laboratorios | 346 |
| 5.8 Perfil de salida del los participantes..... | 347 |
| 5.9 Orientaciones pedagógicas y administrativas externas al programa formativo para la Universidad Técnica de Cotopaxi | 347 |
| 5.10 Conclusiones del capítulo..... | 350 |
| Capítulo 6: Validación del programa..... | 351 |
| 6.1 Introducción metodológica..... | 351 |
| 6.2 Formulación del problema, objetivos y criterios a evaluar | 353 |
| 6.2.1 Problema..... | 353 |
| 6.2.2 Objetivo:..... | 353 |
| 6.2.3 Criterios:..... | 353 |
| 6.3 Selección de los expertos..... | 353 |
| 6.4 Diseño y aplicación del instrumento de validación por expertos..... | 356 |
| 6.5 Informe y análisis de resultados de la validación del “Programa formativo para la educación prenatal, para el parto y posnatal, en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador”..... | 357 |
| 6.5.1 Análisis de resultados individuales de cada experto en la primera ronda. | 357 |
| 6.5.2 Resultados generales en la primera ronda..... | 367 |
| Análisis de porcentajes generales en la primera ronda..... | 367 |
| 6.6. Análisis de resultados..... | 370 |
| 6.7 Conclusiones del capítulo..... | 373 |
| PARTE 4:..... | 375 |
| CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS | 375 |
| Capítulo 7: Conclusiones generales de la investigación, limitaciones y perspectivas para futuros estudios..... | 376 |
| 7.1 Conclusiones:..... | 376 |

| | |
|--|-----|
| 7.2 Perspectivas para el futuro: | 387 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 391 |
| APÉNDICES | 416 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---------------|-----|
| Tabla 1..... | 44 |
| Tabla 2..... | 74 |
| Tabla 3..... | 83 |
| Tabla 4..... | 121 |
| Tabla 5..... | 142 |
| Tabla 6..... | 150 |
| Tabla 7..... | 156 |
| Tabla 8..... | 157 |
| Tabla 9..... | 161 |
| Tabla 10..... | 164 |
| Tabla 11..... | 165 |
| Tabla 12..... | 168 |
| Tabla 13..... | 169 |
| Tabla 14..... | 170 |
| Tabla 15..... | 171 |
| Tabla 16..... | 173 |
| Tabla 17..... | 174 |
| Tabla 18..... | 175 |
| Tabla 19..... | 176 |
| Tabla 20..... | 177 |
| Tabla 21..... | 179 |
| Tabla 22..... | 182 |
| Tabla 23..... | 187 |
| Tabla 24..... | 193 |
| Tabla 25..... | 198 |
| Tabla 26..... | 202 |
| Tabla 27..... | 212 |
| Tabla 28..... | 223 |
| Tabla 29..... | 229 |
| Tabla 30..... | 240 |
| Tabla 31..... | 247 |
| Tabla 32..... | 253 |
| Tabla 33..... | 286 |
| Tabla 34..... | 354 |
| Tabla 35..... | 358 |
| Tabla 36..... | 359 |

| | |
|---------------|-----|
| Tabla 37..... | 360 |
| Tabla 38..... | 361 |
| Tabla 39..... | 363 |
| Tabla 40..... | 364 |
| Tabla 41..... | 365 |
| Tabla 42..... | 366 |
| Tabla 43..... | 367 |
| Tabla 44..... | 369 |

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

| | |
|----------------------------|------------|
| Ilustración 1 | 160 |
| Ilustración 2 | 161 |
| Ilustración 3 | 162 |
| Ilustración 4 | 162 |
| Ilustración 5 | 163 |
| Ilustración 6 | 163 |
| Ilustración 7 | 164 |
| Ilustración 8 | 171 |
| Ilustración 9 | 172 |
| Ilustración 10..... | 173 |
| Ilustración 11..... | 174 |
| Ilustración 12..... | 175 |
| Ilustración 13..... | 176 |
| Ilustración 14..... | 177 |
| Ilustración 15..... | 179 |
| Ilustración 16..... | 181 |
| Ilustración 17..... | 186 |
| Ilustración 18..... | 192 |
| Ilustración 19..... | 197 |
| Ilustración 20..... | 201 |
| Ilustración 21..... | 211 |
| Ilustración 22..... | 222 |
| Ilustración 23..... | 228 |
| Ilustración 24..... | 239 |
| Ilustración 25..... | 246 |
| Ilustración 26..... | 265 |
| Ilustración 27..... | 267 |
| Ilustración 28..... | 307 |

INTRODUCCIÓN GENERAL

En la Universidad Técnica de Cotopaxi (UTC) – Ecuador, de acuerdo al sistema de informático de matrículas, están matriculados para el año 2021, 11063 estudiantes, de los cuales 8693 se encuentran en el campus matriz y 4087 son mujeres. Según datos de la Dirección de Bienestar Estudiantil, anualmente cerca del 2% de las estudiantes quedan embarazadas. Esto equivale aproximadamente a ciento veinte alumnas que se convierten en madres cada año, dificultando su proceso de formación académica al conciliarlo con esas nuevas obligaciones familiares. Dichas estudiantes se enfrentan a esa experiencia en soledad, sin orientación adecuada para enfrentar esta etapa de sus vidas.

La Universidad Técnica de Cotopaxi ha realizado diversas actividades para mitigar esa realidad o, por lo menos, apoyar a las mujeres involucradas en la misma. Por un lado, se han desarrollado campañas de prevención del embarazo no deseado entre el estudiantado. Por otra parte, se han creado proyectos de apoyo a las jóvenes madres, como el establecimiento de un lactario y una guardería dentro del campus universitario. No obstante, persiste la ausencia de acompañamiento educativo y acciones formativas para mejorar las condiciones en la cuales las estudiantes enfrenten simultáneamente el embarazo y el proceso académico en la universidad.

De esta manera, se plantea el siguiente problema de investigación: ¿Qué tipo de acompañamiento educativo prenatal, para el parto y posnatal necesitan las estudiantes que se convierten en madres durante su proceso de formación académica en la Universidad Técnica de Cotopaxi para enfrentar en mejores condiciones el embarazo y la maternidad?.

Una vez determinado el problema de investigación, el objetivo general de este trabajo fue “elaborar un programa de educación prenatal, para el parto y posnatal, en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador”.

Del objetivo general se desprenden los siguientes objetivos específicos:

- Analizar el fundamento teórico y documental existente sobre la educación prenatal, para el parto y posnatal.
- Realizar un diagnóstico de las condiciones en las que las estudiantes de la Universidad Técnica de Cotopaxi que se convierten en madres durante el proceso de formación académica se enfrentan al embarazo y a la maternidad.
- Establecer las necesidades educativas de las estudiantes de la Universidad Técnica de Cotopaxi que se convierten en madres durante el proceso de formación académica y los enfoques educativos del programa formativo.
- Diseñar el programa de educación prenatal, para el parto y posnatal, en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador.

En este sentido, en la primera parte de la investigación se realizó un análisis histórico de la evolución de la educación prenatal, analizando los contextos, objetivos, enfoques y características que ha ido asumiendo a lo largo de la historia de la educación y de la humanidad. Este análisis tomó forma sobre el rol que debe cumplir en la actualidad la educación prenatal, de acuerdo a las necesidades de nuestra sociedad, teniendo en cuenta que, de acuerdo a autoras como Carballo y Vizcaíno (2016) se considera educación prenatal un proceso formativo que inicia desde la preparación a la concepción, concepción, gestación, nacimiento y hasta la lactancia. En la sociedad actual la educación prenatal “podría convertirse en un agente de cambio social importante, en una alternativa para la transformación de la humanidad, al ser en esta etapa donde se sientan las bases de la futura salud física, mental y emocional de los adultos” (Carballo, 2019, p. 85).

En la segunda parte se define la metodología para la elaboración del diagnóstico sobre la situación actual y las necesidades educativas de las estudiantes de la Universidad Técnica de Cotopaxi que se convierten en madres durante el proceso de formación académica. Allí se sistematizó y analizó los resultados que permitieron pasar a la siguiente fase de la

investigación. En una primera fase se analizó datos estadísticos provenientes de archivos institucionales, para indagar la incidencia de los embarazos en las estudiantes. Luego se adoptó una metodología cualitativa, triangulando grupo de discusión, historia de vida y entrevista, para definir cómo las acciones educativas realizadas o no por la UTC influye en la experiencia de maternidad de diez estudiantes que se convirtieron en madres durante el proceso de formación académica. Los resultados obtenidos se sistematizaron a través del software Atlas.ti, estableciendo categorías con un enfoque mixto (deductivo-inductivo) y se analizaron para extraer las principales conclusiones.

En la última parte, se diseñó la propuesta de “Programa de educación prenatal, para el parto y posnatal, en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador”. El programa contiene dos elementos principales: el primero es el acompañamiento educativo por parte de la educadora prenatal dirigido a las futuras madres y los futuros padres. El segundo es un programa estructurado de conferencias, talleres y laboratorios, los cuales servirán para que las futuras madres y los futuros padres puedan enfrentar la maternidad/paternidad de una manera consciente y empoderada, conciliando las responsabilidades familiares con las académicas, en mejores condiciones para ellos y para sus bebés.

Esta propuesta fue sometida a una validación con método Delphi para garantizar su contenido, coherencia, validez y aplicabilidad.

En la parte final se definieron las conclusiones de esta investigación y perspectivas para el futuro de la misma.

PARTE 1:
MARCO TEÓRICO

Capítulo 1: Antecedentes del programa formativo en educación prenatal, para el parto y posnatal.

1.1 Introducción del capítulo.

Este primer capítulo se desarrolla en tres grandes partes. En primer lugar, se realiza una revisión epistemológica de la historia de la educación, con la finalidad de observar como la maternidad es una experiencia no considerada dentro de la educación institucionalizada y el pensamiento pedagógico. Sin embargo, a pesar de no pertenecer a la esfera de las ciencias de la educación, la educación prenatal se ha venido promocionando y desarrollando mucho en los últimos años, desde las ciencias de la salud. En segundo lugar, se analizan las principales características de la educación prenatal en el ámbito sanitario. Finalmente, se tienen en cuenta algunas reflexiones pedagógicas muy recientes que abren las puertas a una total transformación de la educación prenatal, con fundamento pedagógico y que constituyen la base para nuevas perspectivas de los programas que puedan desarrollarse en el futuro para acompañar educativamente la experiencia de la maternidad.

1.2 Breve análisis de los objetivos de la educación institucionalizada en la historia del pensamiento pedagógico.

Los orígenes de la educación, en los pueblos primitivos, no tienen un mecanismo complicado, sino que se basan en la transmisión generacional de conocimientos que sirven para “adaptarse a las necesidades materiales y religiosas de la comunidad en que viven” (Ortiz, 2013, p. 6). Según el autor, dicho aprendizaje se desarrolla mediante la imitación, en el cual niños y jóvenes se insertan poco a poco en las diversas ocupaciones de la tribu, adquiriendo así los conocimientos necesarios para la supervivencia. En este tipo de procesos formativos que se desarrollaban principalmente en el seno familiar, es bastante probable que la educación prenatal se transmitiera a través de mecanismos intergeneracionales orientados a preparar a cada persona a asumir un rol personal, familiar y social.

1.2.1 La Edad Antigua

En la Edad Antigua (5000 a. C. – siglo V d. C.) sobresalen algunas culturas: mesopotámicos, egipcios, chinos, hindúes, fenicios, hebreos, árabes, nativos americanos, persas, griegos y romanos.

La educación en las antiguas civilizaciones mesopotámicas mantiene una fuerte relación con la religión, estando fuertemente vinculada a la tradición de los escribas, siendo que “una de las características de las culturas de escribas es el monopolio de los saberes y de los conocimientos por parte de la clerecía” (Manenti, 2013, p. 7). Es por ello que, según dicho autor, la educación se encuentra impartida por las escuelas sacerdotales y está destinada a la formación de escribas a la que tenían acceso los hijos varones de familias influyentes.

En el antiguo Egipto, la clase sacerdotal era guardiana de todo el conocimiento. Los egipcios destacaron en los ámbitos de la literatura, la poesía y la medicina, astrología y topografía. Salas (2012) manifiesta que la civilización egipcia, fue la única civilización oriental que subsistió hasta la edad media.

Por lo que se refiere a la tradición educativa de la antigua India, Herrán (2016) destaca que se trata de un tipo de educación mucho menos sistematizada, caracterizada por la existencia de algunos maestros quienes “no son eruditos, sino personas que, apoyándose en la meditación, han llevado su formación a su experiencia y a su vida, y han enseñado y actualizado conocimiento desde su ejemplo” (p. 309). Herrán (2016) manifiesta que existe una gran diferencia entre la cosmovisión de la educación India, con las demás civilizaciones de su tiempo, ya que se centra en “metodologías autoformativas basadas en el silencio, la práctica de la meditación y la búsqueda de la lucidez” (Herrán, 2016, p. 308).

Entre los principales filósofos orientales de la época, Herrán (2016) relaciona al pensamiento pedagógico a Siddharta Gautama (560 a.C. – 480 a.C.), quien determinó “las 4 nobles verdades” de la vida: sufrimiento, origen del sufrimiento, suspensión del sufrimiento y la vía al nirvana. Para Siddharta el sufrimiento humano depende del apego al mundo material que

es efímero y puede ser superado solo a través del desapego y el autoconocimiento, que puede conseguirse a través de la meditación.

En la antigua China, la finalidad principal de la educación fue el control, es por ello que “se enseña al pueblo la paz para que éste no sea revolucionario, se enseña el respeto para que no se insubordine, se enseña la fidelidad para que no se subleve, la profesionalidad para que no deje de trabajar” (Herrán, 2016, p. 313) Además, el autor destaca un hito de la educación en este periodo: la creación de la primera universidad, la Universidad de Jixia, fundada por el rey Wei (m.-320).

En cuanto a los fenicios es posible observar que se les atribuye la invención del alfabeto. Ortiz (2013) expresa que “en la educación de los fenicios domina el principio de utilidad, y todos sus conocimientos estaban relacionados con su comercio, su moral se acomodaba al aprovechamiento personal” (p. 14).

En lo referente a la civilización Persa, Ortiz (2013) indica que la educación estaba dividida en niveles, en los primeros años estaba a cargo de la familia, luego la educación pasaba a ser responsabilidad del Estado y su objetivo principal era impartir formación de carácter militar.

Ortiz (2013) indica que en el caso de los Hebreos, la religión es la base de la educación, de hecho, la principal función de la educación era enseñar la voluntad de Yahvéh. Por su fuerte relación con la religión, en la educación hebrea, el padre y el sacerdote son los principales maestros, esta educación está dirigida especialmente a los varones. En el caso de las mujeres, las madres tienen la obligación de educar a las niñas para que aprendan todo el conocimiento relacionado con la función de esposa y madre.

La educación en la Antigua Grecia fue evolucionando, sobretodo en Atenas donde es responsabilidad del Estado y tiene un carácter humanista, en su estudio Espinosa (2007) menciona que en Atenas la educación tiene dos principales funciones: por una parte la alfabetización y, por otra parte, “formar ciudadanos capacitados para participar racionalmente en la dinámica política” (Espinosa, 2007, p. 122) es así que:

En esta etapa, los niños aprendían bajo la tutela de tres tipos de maestros: los de gramática, que enseñaban lectura, escritura, aritmética y literatura; los paidotribes, maestros de lucha, boxeo y gimnasia; y los kitharistes, que enseñaban música, especialmente canto y ejecución de la lira. Tras todo ello, a la edad de 18 años, los varones debían someterse a dos años de entrenamiento militar, después de los cuales regresaban a la educación superior que los preparaba para la vida pública. (Espinosa, 2007, p. 123)

En Esparta la educación es de corte militar.

Para analizar la educación en la antigua Roma, Herrán (2016) hace una distinción entre la Roma tosca y la Roma culta o helenizada. En este sentido el autor caracteriza el sistema educativo de la Roma tosca de la siguiente manera:

La madre educa a los niños hasta los 7 años en el hogar. De los 7 a los 16, si es niña, continuará la instrucción con la madre, que le enseñará lo relativo a las tareas domésticas. Y si es niño, el padre le enseñará a leer, a escribir, a utilizar las armas, a cultivar la tierra, y rudimentos de moral y de leyes. El niño de estas edades es la sombra de su padre, y le acompaña a todas partes: al campo, a fiestas, al foro, etc. A los 16 años los jóvenes entran en el ejército, donde culminan la motivación y los aprendizajes iniciados por el padre y se introduce en el conocimiento de técnicas de guerra, tecnología bélica y disciplina (p. 302).

Como se puede observar, en Grecia la educación se encontraba dividida en edades y en disciplinas. Pero también se consideraban diferencias entre la educación para hombres y para mujeres.

El objetivo principal de la educación en la Grecia helenística fue la búsqueda de la “areté” . En su análisis Jaeger (2021) menciona que el tema central en el análisis de la historia de la educación en Grecia, es el concepto de “areté” y expresa:

El castellano actual no ofrece un equivalente exacto de la palabra. La palabra "virtud" en su acepción no atenuada por el uso puramente moral, como expresión del más alto ideal caballeresco unido a una conducta cortesana y selecta y el heroísmo guerrero, expresaría acaso el sentido de la palabra griega (p. 23).

Además Jaeger (2021) menciona que "la areté propia de la mujer es la hermosura" (p.38) y continúa

Pero la mujer no aparece sólo como objeto de la solicitud erótica del hombre, como Helena o Penélope, sino también en su constante posición social y jurídica de señora de la casa. Sus virtudes, en este respecto, son el sentido de la modestia y la destreza en el gobierno de la casa (p.38).

Finalmente el autor plantea que:

La mujer es atendida y honrada no sólo como un ser útil, como ocurre en el estadio campesino que nos describe Hesíodo, no sólo como madre de los hijos legítimos, como entre la burguesía griega de los tiempos posteriores, sino, sobre todo y principalmente, porque en una estirpe orgullosa de caballeros la mujer puede ser la madre de una generación ilustre. Es la mantenedora y custodia de las más altas costumbres y tradiciones (p.38).

La Roma culta, se encuentra influenciada por la propagación de la cultura griega y las conquistas romanas, es por eso que se hace posible hablar de una civilización helenístico-romana. A diferencia de la Roma tosca, adquiere una distinta organización de niveles educativos:

El grado elemental: al que asistían los niños desde los 7 a los 11 años y cuya finalidad "era adquirir una formación elemental, básica para toda la vida. El currículo atendía aprendizajes instrumentales (lectura, escritura, cálculo y civismo)" (Herrán, 2016, p. 302).

- a) El grado medio: al que asistían desde los 11 hasta los 16 años y su finalidad principal era el dominio de la lengua.
- b) El grado superior: desde los 20 años, para la formación en la retórica y la política.

Avanzando con el análisis histórico, el Imperio Romano se caracterizó también por ser tierra fértil para la expansión del cristianismo que cuenta con formas propias de educación como el monaquismo, destinadas a la consolidación de sus doctrinas y a la formación de los dirigentes de su Iglesia. A esta época pertenece (San) Agustín de Hipona (354 d. C. – 430 d. C.), gran pensador y filósofo de la época, quien pasó de ser un maestro de retórica, a sacerdote y obispo de la religión cristiana. Agustín concibe la educación como un proceso de ordenación interior (de las potencias entre sí) y de ordenación moral u ordo amoris (de la voluntad, que supone la ordenación de la inteligencia), de modo que piensa en una educación orientada al desarrollo de la individualidad del sujeto.

Recorriendo el desarrollo del pensamiento pedagógico de la Edad Antigua y las diferentes civilizaciones que destacan en la época, es posible observar que las finalidades de la educación institucionalizada podrían resumirse en: educación para la ciudadanía, para la participación en la vida política, para la administración y formación de clases dirigentes, para la profesionalización, para la formación militar y artística, etc. En este sentido se observa que la educación institucionalizada y en cualquiera de los objetivos mencionados (militar, sacerdotal, político) se dirige especialmente a los hombres, mientras que la formación de las mujeres pertenece al ámbito doméstico, donde se transmite el conocimiento relacionado con la casa, la atención al esposo y la maternidad. También la educación de los niños por debajo de los seis años se realiza en el hogar y se orienta a la adquisición de valores relacionados con cada cultura.

1.2.2 La Edad Media.

La Edad Media se extiende a partir del siglo V hasta el siglo XIV. En cuanto a la organización de los sistemas educativos en occidente se puede citar tres tipos de instituciones formativas:

- Las “escuelas caballerescas”, que se ocupaban de la formación de caballeros a través del adiestramiento militar y la formación en los valores cristianos (Salas, 2012).
- Por su parte, Abbagnano y Visalberghi (1992) narran que las escuelas comunales se ocupaban de la formación profesional orientada al comercio y a la producción artesanal.
- Salas (2012) indica que a partir del siglo XI, por la necesidad de formar maestros, surgen las escuelas catedráticas, las cuales extendían diplomas de estudio denominados “licentia docendi” que permitían ejercer la docencia.

A partir del siglo XII se fundaron las primeras universidades en Occidente. En la Edad Media existían dos tipologías de universidades “la ‘universitates ex consuetudine’, cuando era un papa o rey quien las establecía sobre una escuela catedralicia y las ‘universitates ex privilegio’, cuando se fundan sin institución precedente (Gómez, 2016, p. 139). Las universidades “incorporaron la enseñanza de nuevas disciplinas de alto nivel, como la medicina, la jurisprudencia y la escritura de cartas y documentos oficiales” (Salas, 2012, p. 75).

Salas (2012) indica además que:

La Iglesia asumió el control de la educación en todo el periodo de la Edad Media. Para ello, la Iglesia se dividía en clero secular (obispos y parroquias) que se encargaban de los poblados y ciudades, y en clero regular (órdenes mendicantes) que se encomendaban al ámbito rural (p.65).

La principal función de la educación fue la de catequizar y cristianizar, debido a esta influencia se observa que el pensamiento pedagógico de la Edad Media, se centra en el movimiento filosófico denominado “Escolástica” (siglos XI – XV). Sousa et al. (2016) le señalan tres periodos: la Escolástica Medieval, la Segunda Escolástica y la Neo-Escolástica. Entre los mayores representantes del pensamiento pedagógico en la Escolástica se encuentran:

- San Agustín (354-450) quien pregona la armonía entre la fe y la razón "Comprender para creer, creer para comprender" (Sousa et al., 2016, p. 88).
- Santo Tomás de Aquino (1224/1225 -1274). Para él, la educación conduce a la virtud, entendiendo que existen dos tipos de virtudes: virtudes morales y virtudes intelectuales. En cuanto a la relación entre razón y fe mantiene una postura de armonización, aunque en su visión la fe es superior a la funcionalidad de la razón. De hecho "sostuvo que mientras que la fe mira más lejos que la razón, lo hace con menos nitidez" (Roldán, 2006, p. 54).
- Duns Escoto (1266-1308), quien planteó una separación definitiva entre razón y fe. Para Duns Escoto, hace parte de la razón, y por lo tanto de la ciencia, todo aquello que es evidente en la naturaleza y puede ser demostrado a través de la experiencia (conocimiento práctico) y considera que "ninguna ciencia adquirida naturalmente con la propia razón puede ser sobre Dios" (Berganza, 2008, p. 103).
- Guillermo de Occam (1280/1288 – 1349), quien pone punto final a la discusión de la Escolástica separando el pensamiento intuitivo "en virtud del cual se puede con evidencia conocer alguna verdad" (Ben, 2006, p.3), del abstracto "prescinde de la existencia de la cosa que representa" (Ben, 2006, p.3).

La última etapa de la Escolástica se extiende hasta el renacimiento y marcará la total independencia entre fe y razón.

Para Abbagnano y Visalberghi (1992), las culturas Árabe y Judía viven entre los siglos XI y XII un florecimiento filosófico parecido al impulsado por la Escolástica, pues también está dedicado a la interpretación racional de las verdades de la fe expresadas en el Corán.

Se puede concluir que en la Edad Media la educación institucionalizada afina su clasificación por niveles y objetivos de estudio. Las prioridades formativas siguen girando alrededor de la preparación religiosa, militar y profesional. El debate pedagógico se orienta hacia la separación entre lo tangible y lo intangible y la educación institucionalizada apunta siempre

más hacia el desarrollo de las ciencias empíricas. Es por ello que se puede suponer que la maternidad y la educación en los primeros años de vida, consideradas ambas como experiencia individual, quedan relegadas una vez más al ámbito doméstico.

1.2.3 Del Renacimiento hasta el Siglo XVIII (pasando por el Humanismo, la Reforma, la Contrarreforma y la Ilustración).

Se conoce como Renacimiento a un periodo de enorme florecimiento científico, cultural y artístico, que se extiende en Europa Occidental desde el siglo XV hasta el siglo XVI, caracterizado por la expansión de la corriente filosófica denominada Humanismo.

El término Humanista deriva del italiano *umanista* y “fue usado primero para designar a los profesores de retórica de algunas universidades italianas” (Cordua, 2013, p. 9). Posteriormente, este término se utilizó para designar “el conjunto de ideas y preferencias del Renacimiento Italiano” (Cordua, 2013, p. 9). El humanismo, como corriente filosófica, ejerce una importante influencia sobre todos los aspectos relacionados con la educación, liberando al currículo de los condicionamientos de la religión y regresando a una estrecha relación con el clasicismo greco-romano. De hecho, la primera característica de la educación renacentista fue “la familiaridad con las lenguas y las literaturas griegas y latinas antiguas, a las que algo más tarde se agregarán las letras en hebreo” (Cordua, 2013, p. 10).

Otra característica del humanismo es “la idea del individuo como un microcosmos que se hace a sí mismo entraña las nociones de la autosuficiencia y la universalidad de cada cual” (Cordua, 2013, p. 11). Esta visión conlleva una fuerte necesidad de evolución para la educación, pues comporta el reconocimiento de la riqueza individual y, por tanto, la diversificación del currículo formativo.

La última característica está ligada a un objetivo no secundario asumido por la educación de estos tiempos: la “incorporación a la sociedad burguesa” (Cordua, 2013, p. 12). Es por ello que la educación humanista es de tipo clasista y elitista.

Durante el Renacimiento la estructura del sistema formativo se mantuvo muy parecida a la época anterior: continuaron existiendo las escuelas comunales y las escuelas secundarias. Además, se siguieron desarrollando las universidades en las que se formaban especialmente teólogos y juristas.

En este panorama surge la necesidad de formación cultural para personas que estén interesadas en ella, independientemente de la religión o de una específica profesión. Así surgieron las escuelas-pensión “donde se enseñaba el latín y el griego clásicos” (Asenjo, 2010, p. 38). Asenjo (2010) considera a “Guarino de Verona, hijo del humanista Guarino Guarini, afamado profesor de griego, fundador de las escuelas-pensión” (p. 38), mismas que se difundieron notablemente en la época y se caracterizaban por clases pequeñas y particulares en las que un maestro enseñaba con base en los clásicos latinos y griegos.

De este ejemplo italiano, se difunden en toda Europa, formas similares de escolarización. Abbagnano y Visalberghi (1992) indican que en Suiza, Francia, los Países Bajos, Alemania e Inglaterra, se denominaron “Escuelas Diurnas” y mantuvieron una administración privada.

El renacimiento como renovación científica y artística tuvo también numerosos representantes en el pensamiento filosófico, cuyos aportes tuvieron influencia en la reflexión pedagógica. A continuación se destacarán los aportes de algunos de ellos.

Erasmus de Rotterdam (1462-1536), fue nombrado sacerdote en 1492 y luego fue absuelto de sus responsabilidades religiosas, posteriormente el rey Carlos V de España le nombró preceptor. Sería a este rey quien le dedicaría su obra “La educación del príncipe cristiano”. Erasmo de Rotterdam dejó un legado importante para el pensamiento pedagógico del momento. Palacio (2010) considera que la obra de Rotterdam propone una educación integral, en cuya base debe encontrarse la lectura de los grandes clásicos, de los que se pueden adquirir virtudes como humildad, justicia y sabiduría. La paz y la justicia son las virtudes para las cuales se debe educar.

Tomás Moro (1478 - 1535), pensador inglés cuyo principal aporte se encuentra en su obra “Utopía”, publicada en 1516, en la cual teoriza una sociedad severamente regulada por valores morales y religiosos que conducirían a una armonía perfecta entre los hombres.

Michel de Montaigne (1533 -1592), en su obra principal denominada “Ensayos” discurre diferentes temas relacionados con la educación. Un importante aporte de Montaigne a la pedagogía es que la considera como “un objeto en constante revisión. Por tratarse de una práctica que debe ser continuamente repensada en sus principios, fines y métodos” (Batista, 2016, p. 366).

Influyeron además en el pensamiento pedagógico los movimientos denominados como Reforma y Contrarreforma.

La Reforma, impulsada por Lutero (1483-1546) y Calvino (1509-1564), “constituyó un importante impulso hacia la implantación de la instrucción universal, la formación de las escuelas populares destinadas a la formación de las clases más pobres y el control de la instrucción por parte de las autoridades laicas” (Martín, 2010, p. 217).

La Contrarreforma, que tuvo como principal evento el Concilio de Trento (1545 – 1563), fue un mecanismo de defensa al dogma, adoptado por la Iglesia Católica, frente a los movimientos protestantes; en resumen “reforzó la autoridad del papa y de la Inquisición, se crearon índices de libros prohibidos. La reforma del clero también fue significativa, cortando sus abusos y creando los seminarios para la formación de sacerdotes” (Martín, 2010, p. 226).

En cuanto a la influencia de la Contrarreforma en la educación, cabe mencionar que la Iglesia Católica también reforzó la educación popular, a través de las órdenes religiosas, para enseñar la doctrina cristiana y luchar contra los movimientos protestantes.

Aunque la Reforma y Contrarreforma pusieron a Dios en el centro de los objetivos pedagógicos, permitieron la masificación, democratización y gratuidad de la educación.

En el siglo XVII es necesario destacar otro gran acontecimiento que marcará un hito fundamental en la historia de la educación: el nacimiento del método científico. Este momento tuvo algunos actores fundamentales como Francis Bacon, Galileo Galilei y Renato Descartes, entre otros. “Galileo fue el principal responsable de introducir los métodos experimental y matemático en el campo de la Física” (Giraldo, 2014, p. 16) pues “Galileo veía que cada rama de las matemáticas se podía aplicar al mundo que nos rodea; los cuerpos físicos, pensaba, son siempre figuras geométricas, si bien nunca revelan las formas exactas que se ven en la geometría pura” (Giraldo, 2014, p. 17).

Por su parte Descartes:

Sostiene que para alcanzar el conocimiento se debe fragmentar el problema y luego reacomodar los ‘pedazos’, de acuerdo a un orden lógico. Descartes pone su fe en la razón y en la matemática y a él, además de su matemática y filosofía, la ciencia actual le debe el método como base de razonamiento analítico, que ha probado ser útil en el desarrollo de teorías y ensayos (Ramírez, 2009, p. 221).

Esta transformación de la ciencia basada en la necesidad de un método contagia también el ámbito de la educación, porque el humanismo había promovido una formación basada en los clásicos griegos y latinos, pero carecía de formación en materias científicas. Esta situación produce una fuerte discordancia entre los sistemas educativos y los avances de la ciencia. Por lo tanto, brota de manera natural la necesidad de un método que permitiera aprender mejor y más rápido de acuerdo a las exigencias de la época. Aparecen así algunos pensadores importantes en el movimiento pedagógico:

- Juan Amos Comenio (1592 – 1670) recibe la influencia de Bacon con respecto a la importancia de la experiencia para el proceso de aprendizaje, en este sentido “otorga mucha importancia a la educación de los primeros años de vida por la aptitud innata hacia el conocimiento” (Villarreal, 2015, p. 156), reconociendo la mayor apertura de la mente del niño hacia cualquier aprendizaje. Dado que en ese momento aún no se ha

dado mayor atención a la educación de los niños menores de seis años, Comenio plantea la “escuela materna en la cual se concibe a la madre como una educadora y se establecen las primeras directrices para instituciones educativas destinadas a esta etapa evolutiva” (Villarroel, 2015, p. 156).

- John Locke (1632-1704) reconoce tres niveles de formación: en valores, intelectual y física. Para eso, Locke valoriza la formación en el seno familiar, con el apoyo de un preceptor, de manera que pueda tratarse de un proceso personalizado, no impuesto y respetuoso de las libertades individuales. Este pensador enfatiza el valor de la experiencia para el aprendizaje intelectual. En este contexto valoriza mucho el juego como actividad para “aprender a aprender, y con ella se llega al desarrollo de las habilidades mentales y a los hábitos” (Gallo, 2006, p. 114).

Casi al finalizar este periodo, se manifestó en Europa, y de manera particular en Francia, una nueva revolución cultural, política y social: la “Ilustración”. Sus principales representantes fueron Voltaire (1694 – 1778), Charles de Secondat, Barón de Montesquieu (1689 – 1755) y Jean-Jacques Rousseau (1712 – 1778).

Barreiro (2011) manifiesta que:

- Se trataba, pues, de perfilar un nuevo Estado (Montesquieu), con una organización política de nuevo tipo (Voltaire, Diderot, Rousseau), con una educación y una cultura nuevas (Diderot, Rousseau, Helvétius, D’Holbach y, más tarde, Condorcet y Talleyrand) y del que surgiría un nuevo tipo de ciudadano y un hombre nuevo (Diderot, Rousseau) (p.170).

Para ello, los ilustrados concibieron un nuevo sistema educativo, que pudiera responder a las necesidades del nuevo Estado. La educación está en el centro del debate, porque es considerada como la palanca para generar el cambio social. Es por ello que “el sistema educativo debe ser un sistema unificado, público y controlado por el Estado”. Rousseau, en su obra, delinea los principios fundamentales que deben guiar la formación, que, para

preparar al ciudadano del nuevo estado, deberá estar basada en la libertad en sus tres estadios progresivos: libertad natural, civil y moral. Esta conceptualización de libertad de Rousseau, desembocará posteriormente en los principios bases de la revolución francesa: igualdad, libertad y fraternidad.

El análisis de este periodo de la Educación finaliza con los aportes de uno de los más reconocidos filósofos de la historia moderna: Immanuel Kant (1724-1804). Kant considera a la educación dividida entre física (cuidado del cuerpo) y práctica (moral). Kant cree en la existencia de una idea común de deber y leyes morales a todos los seres racionales, así como en la voluntad y capacidad de autodeterminarse. Así pues, para Kant la educación debe estar compuesta por disciplina e instrucción. La disciplina tiene “la finalidad de enseñar al hombre a domar sus instintos e impedir que la animalidad domine su carácter” (Foderario & Zancanaro, 2010, p. 40). La instrucción, por su parte, tiene “como objetivo, por medio de los conocimientos, formar un hombre disciplinado, culto, prudente y, en otras palabras, moralizarlo” (Foderario & Zancanaro, 2010, p. 41). En Kant, la educación tendría por objetivo ayudar al individuo a entender los deberes para consigo mismo y hacia los demás.

En conclusión, todo el periodo analizado en este apartado, se caracteriza por las fuertes transformaciones sociales, políticas, filosóficas y científicas. Esta continua evolución produce significativos cambios en la educación, entre ellos se puede destacar la masificación y laicización de la educación, el estudio de materias científicas siempre más precisas y la atención a la educación en los primeros años de vida. El pensamiento filosófico influye notablemente en el pensamiento pedagógico, generando una propuesta de educación enfocada al desarrollo bio-psico-social del ser humano. Adquiere un mayor valor el aprendizaje basado en la experiencia, por lo cual la niñez pasa a ser considerada uno de los periodos más importantes para el desarrollo personal. La familia cobra un notable valor como primer sistema educativo y social en el que se desenvuelve el educando.

1.2.4 Pensamiento pedagógico en la edad contemporánea.

Importantes eventos históricos como las revoluciones norteamericana y francesa marcaron el inicio de la Edad Contemporánea. Este periodo se caracterizó por un fuerte proceso de industrialización, determinado por el inicio de actividades de producción mecánica y la explotación de nuevas energías.

En el ámbito social, las evoluciones en la forma de producción abren camino a la concepción de ganancia individual y acumulación del capital en pocas manos, lo que en poco tiempo conduce al empobrecimiento de las masas trabajadoras. Se genera conciencia social de clase lo que influye notablemente en el pensamiento pedagógico.

En el campo de la filosofía y la literatura, en especial, surge el movimiento denominado Romanticismo, que tendrá entre sus principales representantes a Wolfgang Goethe.

En el periodo de transición entre el siglo XVIII y el siglo XIX, el sistema educativo se caracteriza, según Abbagnano y Visalberghi (1992), por la neta diferenciación entre los estudios humanísticos y técnico-profesionales. Igualmente, esos autores señalan que la industrialización produjo la necesidad de instituciones que cuiden de los hijos de padres trabajadores, desde las edades más tempranas. Es así que se va sembrando la semilla de los posteriores "jardines de infantes". Friedrich Oberlin (1740-1826), fue un pastor protestante de Estrasburgo, quien creó una "sala de asilo", para cuidar a niños con padres de escasos recursos. Esta iniciativa, en un principio, fue de carácter educativo, más no instructivo; los niños eran ocupados especialmente en juegos, cantos y oración. Posteriormente, en toda Europa comenzaron a difundirse iniciativas parecidas, de manera especial en Francia, Inglaterra e Italia.

El pensamiento pedagógico del momento tiene algunos nombres destacados, a continuación se presentarán a los principales exponentes de la teoría educativa contemporánea.

Johann Heinrich Pestalozzi (1746-1827): Planella (2017), citando a Quintana (1994), indica que Pestalozzi puede ser considerado un pedagogo social pues “ha sido promotor de la educación en cuanto medio de animar las desigualdades sociales y como fundador de instituciones educativas destinadas a acoger a niños marginados y procurar su inserción social” (p. 15). Para este teorizador de la educación “únicamente se puede luchar contra la pobreza con una formación del niño, del joven pobre que lo capacite para ejercer un oficio” (Planella, 2017, p. 17).

En la misma línea de pensamiento de Pestalozzi, Friedrich Fröebel (1782 – 1852) valoró mucho la experiencia lúdica como oportunidad para que el niño se relacione libremente con su contexto, y aprenda de esta experiencia: “creía que el juego con materiales con formas naturales potenciaba conocer la materia y las relaciones con el universo y, en últimas, la representación con la cognición y la habilidad con el entendimiento” (Bernal, 2015, p. 7).

Johann Friedrich Herbart (1776-1841), podría considerarse como el padre de la pedagogía basada en la psicología, pues sus reflexiones pedagógicas se relacionan fuertemente con sus estudios psicológicos sobre el desarrollo de la personalidad y el comportamiento humano. Para Herbart, la acción educativa tiene tres actores: el educando, el educador y el contexto histórico cultural; por lo tanto, la función de la educación es la de mediar entre el sujeto y el contexto social, para que el primero pueda formar su personalidad acorde a las necesidades del segundo. Sin embargo, se destaca que “la función clave del agente de la educación es promover en el sujeto elementos para que aprenda a adquirir los contenidos culturales necesarios y no «dárselos»” (Sánchez, 2011, p. 13).

Por último, Sánchez-Valverde (2011), expone que desde sus estudios psicológicos, Herbart considera a la educación como un proceso en el que intervienen factores físicos, emocionales, relacionales y afectivos.

Abbagnano y Visalberghi (1992) consideran en su análisis de la historia de la pedagogía a dos pensadores que, aunque no teorizaron directamente los procesos educativos, influyeron

en las concepciones de la educación de la época. Se trata de Karl Marx (1818-1883) y Friedrich Engels (1820-1895), considerados los padres del socialismo científico. En la visión de estos dos filósofos, la personalidad humana se estructura a partir de relaciones sociales y productivas, pues el hombre se caracteriza esencialmente por sus actividades de producción. Marx y Engels consideran que la formación humana, para ser completa, no puede estar desasociada del trabajo, lo que se traduce en la necesidad de incrementar formas de educación técnica.

Cabe acotar que las ideas marxistas siguen sirviendo de inspiración hasta nuestros días. Por ejemplo, autoras tales como Hunter (2007) consideran que la experiencia de la maternidad ha puesto a las mujeres en una condición de “productoras”. Se mercantiliza tanto el cuerpo de la madre como el “producto”, enajenando la experiencia humana de la gestación y el nacimiento. Además, se ha abierto paso a procesos de excesiva medicalización y control por parte de los sistemas sanitarios.

Ya a finales del siglo XIX surgió la corriente educativa denominada “Escuela Nueva”. La misma se originó en Ginebra en 1889, con el centro de fomento y coordinación de este movimiento “Bureau International des Écoles Nouvelles”. Sus principales inspiradores fueron John Dewey (1859 – 1952), Maria Montessori (1870 – 1952), Ovide Decroly (1871 – 1932) y Célestin Freinet (1896 – 1966). Tuvo su principal momento de esplendor a inicios del siglo XX, periodo en el cual su principal objetivo fue poner al centro del proceso educativo al educando (paidocentrismo) “la escuela ha de ser para el niño, no el niño para la escuela” (Pérez, 2015, p. 63).

Los pensadores de la Escuela Nueva destacan porque por vez primera el educando y sus necesidades individuales de desarrollo son reconocidas como el centro de la preocupación pedagógica. Todos ellos proponen un tipo de enseñanza que permita al educando desarrollar su individualidad de manera espontánea dentro de contextos educativos reales, valorizando la experiencia por encima de cualquier contenido.

La primera Escuela Nueva surgió en Inglaterra, y luego se extendieron en toda Europa: Francia, Alemania, Italia, Bélgica, Suiza Alemana, España. Con John Dewey llegó a Estados Unidos de América.

- John Dewey propagó en Estados Unidos un tipo de educación centrada en “preparar a los alumnos para su vida adulta siguiendo el principio de learning by doing” (Comella, 2009, p. 4), misma que se denominó también “Escuela Progresiva”. Su principal obra fue “Democracia y Educación”, que contiene varios principios pedagógicos válidos hasta el día de hoy.
- Celestín Freinet fue el fundador de la “Escuela Moderna”. Comella (2009) indica que el pensamiento pedagógico de este autor se centraba en el carácter educativo del trabajo, citando a Negrín (2009) expresa que:

La educación para el trabajo así entendida por Freinet es una de las piedras angulares de su construcción pedagógica. Pero ha de tratarse de un trabajo-juego, que esté a la altura de las necesidades e intereses del niño; si el trabajo-juego no puede realizarse debe ser sustituido por el juego-trabajo, que en realidad es una reminiscencia del trabajo cuyas características encierra. El trabajo se organiza cooperativamente y hace surgir la fraternidad en el grupo de niños (Comella, 2009, p. 5).

- Tres son los principios fundamentales del pensamiento pedagógico de María Montessori: la libertad del individuo, la actividad y la independencia. Montessori publicó numerosas obras, pero las principales pueden considerarse “El método Montessori” y “El método Montessori avanzado” en las que expuso los principios fundamentales de su pensamiento pedagógico. Montessori defiende de manera particular el derecho a la libertad del niño y el deber del educador de fomentar ambientes que faciliten el desarrollo espontáneo de su personalidad, pues considera que “nadie hasta ahora ha considerado al niño en su propio valor como un gran artista

puesto que tiene que ir construyendo por sí y de sí mismo al hombre adulto” (Pérez, 2015, p. 74). Montessori consideró que el rol del educador es el de enseñar poco y observar mucho, de hecho ella habla de una “pedagogía experimental” en la que invita a “hacer un experimento pedagógico con un objeto del material de enseñanza y esperar la reacción espontánea del niño” (Pérez, 2015, p. 76).

- Ovide Decroly fundó su primera escuela denominada “École de l’Ermitage” en 1907, cuyo lema fue “Escuela para la vida”. Decroly determinó que el aprendizaje se desarrolla mediante tres etapas: la primera es la observación (interacción de los sentidos con el objeto), la segunda es la asociación a ideas que el alumno posee y la tercera fase es la de expresión, mediante la escritura, que permite la culminación y demostración del aprendizaje.
- Lev S. Vygotsky (1896-1934) puede ser considerado uno de los más importantes psicólogos del siglo XX, pero destacó también por sus intuiciones pedagógicas. Plantea que “una característica esencial del aprendizaje consiste en crear zonas de desarrollo potencial y sustenta que una vez que estos procesos son internalizados, se hacen parte de los logros evolutivos independientes” (Pérez, 2015, p. 85). Para este autor, el proceso de aprendizaje está constituido por “patrones de actividad que realiza el organismo en interacción con su ambiente externo y comienzan a ser ejecutados internamente en la forma de operaciones mentales” (Pérez, 2015, p. 85). La zona de desarrollo próximo lleva al psicopedagogo a conceptualizar el “Aprendizaje Significativo” como estrategia para favorecer el aprendizaje y, a la par, el desarrollo del cerebro humano, aprovechando la naturaleza social de hombre.
- Jean Piaget (1896-1980), celeberrimo psicólogo suizo que contribuyó notablemente a los conocimientos pedagógicos por sus aportes en el estudio del desarrollo infantil. Entre sus principales contribuciones pueden considerarse la Psicología Genética y la Teoría Constructivista del desarrollo de la inteligencia. Piaget es reconocido por determinar las primeras fases de desarrollo humano: Estadio de la inteligencia sensomotriz (1-18 meses), Estadio de la inteligencia intuitiva (2-7 años), Estadio de

las operaciones intelectuales concretas (7-12 años), Estadio de las operaciones intelectuales abstractas (a partir de la adolescencia). Para Piaget, los aprendizajes son fruto de procesos de construcción:

El sujeto se encuentra con objetos en su entorno físico y con nociones transmitidas por su entorno social pero, según Piaget, no los adopta tal cual, sino que los transforma y los asimila a sus estructuras mentales. El objeto (la información) se interpreta a partir de los esquemas de conocimiento que ya ha construido el sujeto y se integra en ellos. A la vez, dichos esquemas se «movilizan», se modifican, experimentan un proceso de acomodación o reajuste (Pérez, 2015, p. 109).

Es así que Piaget “propone una educación donde el niño desarrolle plenamente su personalidad humana basada en la autonomía, reciprocidad, respeto y compromiso” (Pérez, 2015, p. 105).

En Latinoamérica destaca Paulo Freire (1921-1997). Nacido de una familia brasileña de escasos recursos, consiguió prepararse y llegó a teorizar la muy conocida Pedagogía del Oprimido, en la cual expuso las bases para un tipo de educación que lleve a la estructuración de la conciencia crítica en el sujeto.

Para este teórico de la educación, el pueblo latinoamericano:

(...) vive en la opresión por fuerzas sociales superiores, «los grupos opresores», que no permiten su liberación. La pedagogía tradicional, apropiada para las clases superiores, que llama Freire, «educación bancaria» para privilegiados, debe cambiarse por una pedagogía para los oprimidos, con una visión crítica del mundo en donde viven (Ocampo, 2008, p. 63).

Freire considera a la educación como la única vía para la liberación de los pueblos oprimidos. Como se pudo observar en las líneas anteriores, el debate pedagógico del último siglo es particularmente rico, puesto que comienza a tener en cuenta los procesos educativos desde las edades más tempranas del ser humano. En este sentido, se generan niveles de educación institucionalizada que incluyen a niños con menos de 6 años, lo que constituye una gran novedad en relación con las anteriores épocas consideradas. Un rasgo común en los autores de este momento es que comienzan a poner al centro de la acción educativa el desarrollo integral del “niño” y del “individuo”. Hablar de un desarrollo integral significa tener en cuenta que el ser humano es una entidad física, social y emocional y que la educación abarca cada una de estas esferas. Este clima pedagógico se constituirá como un terreno fértil para el debate actual sobre la pedagogía prenatal.

Sin embargo, hasta este momento histórico considerado, no se puede hablar de una “educación prenatal” teorizada desde la pedagogía e institucionalizada en las instituciones dedicadas a la educación. Todavía el niño es considerado como un ente que puede ser educado solo a partir de su nacimiento y sigue sin considerarse el periodo de vida intrauterina

1.3 La educación prenatal en las instituciones sanitarias.

1.3.1 Revisión de investigaciones sobre “educación prenatal” en instituciones de salud.

En la síntesis sobre la historia de la educación desarrollada hasta este momento, no se ha podido encontrar rastro de una “educación prenatal” enmarcada en contextos pedagógicos y en instituciones de carácter educativo. Empero, existen muchas experiencias que se han denominado “educación prenatal” y que se han venido desarrollando principalmente en contextos sanitarios.

En este apartado se señalan las principales características de la “educación prenatal” desarrollada desde las instituciones de salud, para determinar la necesidad de que estos procesos formativos puedan enmarcarse al interior de procesos pedagógicamente pensados.

Con este objetivo se plantea una revisión exhaustiva de la literatura existente sobre “educación prenatal” a través de un proceso de meta-análisis. Para esta revisión se determinaron criterios de inclusión y exclusión de las fuentes a considerarse:

Tabla 1

Criterios de Inclusión y Exclusión del Metanálisis.

| CRITERIOS DE INCLUSIÓN: | CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: |
|--|---|
| 1. Se consideraron los estudios que reposan en las siguientes bases de datos: Google Académico, E.R.I.C., Biblioteca Virtual de la U.E.X. y PubMed. | 1. No se consideraron los estudios que reposan en bases de datos que no sean: Google Académico, E.R.I.C., Biblioteca Virtual de la U.E.X. y PubMed. |
| 2. Los estudios considerados contienen los términos “Pedagogía Prenatal” o “Educación Prenatal” dentro del título, del abstract o de las palabras clave, o a su vez los mismos términos en Inglés: “prenatal pedagogy”, “prenatal education”, “antenatal education”. | 2. No se consideraron los estudios que no contengan los términos “Pedagogía Prenatal” o “Educación Prenatal” dentro del título, del abstract o de las palabras clave, o a su vez los mismos términos en Inglés: “prenatal pedagogy”, “prenatal education”, “antenatal education”. |
| 3. Se tuvieron en cuenta solamente los estudios que se encuentren plasmados en artículos científicos indexados. | 3. No se tuvieron en cuenta otro tipo de documentos. |
| 4. Se utilizaron estudios en idioma Español e Inglés. Por su relevancia se consideró un artículo en idioma portugués. | 4. No se consideraron estudios en idiomas diferentes al Español o Inglés. |
| 5. Se consideraron únicamente los artículos cuyos textos completos se encontraban gratuitamente disponibles en las bases de datos mencionadas. | 5. No se consideraron los artículos cuyos textos completos no se encontraban gratuitamente disponibles en las bases de datos mencionadas. |
| 6. Se consideraron los estudios que hayan sido realizados en los últimos 5 años, es decir, a partir del año 2012. | 6. No se consideraron estudios anteriores al año 2012. |
| 7. Se utilizaron los estudios de Google Académico que aparezcan en las primeras 50 páginas aplicando el filtro “por orden de relevancia” | 7. No se utilizaron los estudios de Google Académico que aparezcan luego de las primeras 50 páginas aplicando el filtro “por orden de relevancia” |

Nota: La búsqueda de artículos en las bases de datos se realizó desde el 14 hasta el 31 de Agosto del 2017.

Se encontraron 55 estudios que respondieron a los parámetros de inclusión y exclusión establecidos.

De los estudios revisados 35 fueron investigaciones de campo, 11 fueron de Meta-Análisis y 9 de revisión bibliográfico-documental.

Se revisaron estudios provenientes de los siguientes países: España, Inglaterra, Dinamarca, Irlanda, Suecia, Bélgica, Polonia, Serbia, Turquía, Canadá, Estados Unidos, Brasil, Perú, Australia, Nueva Zelanda, China, Japón, Malasia, Omán, Uganda, Malawi, Nigeria. Esto demuestra que la educación prenatal es una preocupación científica presente en los 5 continentes de nuestro planeta.

De los 55 artículos, 28 están disponibles en Google Académico, 20 en PubMed, 27 en la Biblioteca Virtual de la UEX, y en E.R.I.C. no se encontraron estudios que respondan a los criterios planteados. Algunos estudios están disponibles en más de una de las bases de datos consideradas.

De los estudios de campo 26 fueron de naturaleza cuantitativa y 9 de enfoque cualitativo.

De los estudios con enfoque cuantitativo: 10 utilizaron la técnica de comparación entre un grupo de intervención y un grupo de control y 3 compararon el momento anterior y el posterior a una intervención. Además 14 estudios utilizaron como instrumento un cuestionario, 6 se basaron en el análisis registros clínicos, 3 utilizaron un test y los estudios que compararon la misma situación en momentos diferentes utilizaron un pre-test y post-test.

De los estudios con enfoque cualitativo 5 utilizaron como instrumento la entrevista, 3 grupos de discusión y uno la observación.

Los estudios de Meta-Análisis revisaron bases de datos como Google Académico, PubMed, Medline, PsycInfo, Cinahl, Embase, Family Studies Abstracts, Web of Science, Ebsco, Cochrane Database, Scopus, Lilacs, Scielo, OpenThesis, CUIDEN, Up to Date, MIDIRS,

Reproductive Health library, POPLINE, ERIC y CENTRAL. Revisaron estudios desde 1965 hasta el 2017, en los idiomas: inglés, español, francés, turco.

Un dato de gran importancia para esta investigación es que de los 55 estudios que se revisaron, 51 estuvieron directamente relacionados con contextos y profesionales de la salud y únicamente cuatro, y de carácter bibliográfico, lo hicieron desde las ciencias educativas y pedagógicas.

1.3.2 Análisis y discusión de los resultados de la revisión.

1.3.2.1 Historia de los Programas de educación prenatal, sus principales escuelas y su evolución.

Fernández (2013) realiza una revisión acerca del nacimiento y desarrollo de las principales escuelas y enfoques de “educación maternal” y plantea que “En los últimos 100 años, la educación prenatal ha proliferado en todo el mundo y se ha fertilizado con variedad de ideas, formatos y métodos de enseñanza, al punto que parece no tener fronteras” (Smith, 2015, P.41). La autora considera que a partir del siglo XX “con los avances de la medicina, surgen las maternidades para atender a las mujeres más desfavorecidas y poco a poco la asistencia a los partos se traslada de los domicilios a los hospitales” (p. 1), la pérdida del contexto familiar que caracterizaba el evento del parto, genera la necesidad de apoyar a las mujeres en el control de la ansiedad y el dolor relacionados al parto. La autora manifiesta también que las escuelas de educación maternal, adquieren una mayor importancia a partir del siglo XXI, cuando numerosos estudios relacionan efectos en la salud materno-infantil con la calidad de la experiencia de nacimiento. Smith (2015) coincide en que la educación prenatal tuvo como fecha de nacimiento el siglo XX y que se generó a partir de los eventos mencionados.

A partir de estas consideraciones, Fernández (2013) realiza una revisión que le permite hacer una clasificación de las principales escuelas y enfoques. Sus principales hallazgos se reportan a continuación:

- Las escuelas de Charcot (París) y de Berheim (Nancy), que practican la hipnosis y sugestión vigil, para reducir el dolor en el parto y consideran que sesiones educativas prenatales contribuyen en la reducción de tiempos para alcanzar el estado hipnótico.
- La Escuela Inglesa fundada por Grantly Dick Read en 1932, quien consideró “el parto como un fenómeno fisiológico en el que el dolor es engendrado por el miedo que desencadenan los mecanismos de defensa en forma de tensión muscular” (Fernández, 2013, p. 3). Sus charlas de educación prenatal tuvieron la finalidad de contribuir con técnicas respiratorias de relajación que potencian la confianza en el equipo asistencial.
- En la Escuela Rusa, los médicos Velvoski, Platinov y Nikolaiev “concluyeron que el dolor en el parto es una reacción condicionada por estímulos sociológicos y religioso-culturales” (Fernández, 2013, p. 3) por lo que “proponen descondicionar el miedo mediante lenguaje aséptico, relajación (Schultze), ideas positivas, exaltación de la maternidad e información obstétrica. Para que la mujer tome un papel activo introducen ejercicios respiratorios y musculares” (Fernández, 2013, p. 3).
- La Escuela Francesa, en la que destacan los doctores Lamaze, Vellay y Leboyer, insisten en la generación de un ambiente cordial, rol activo de la mujer y proponen la inmersión del neonato en una pequeña bañera, por lo que se considera esta escuela como precursora del parto en agua.
- En la Escuela Española destacan Consuelo y Aguirre quienes proponen que la mujer y su pareja reciban, por parte del Sistema Nacional de Salud, una formación que les permita enfrentar el parto con mayor serenidad y sin miedos, lo que repercute positivamente en la salud materno-infantil.

Fernández (2013), indica en su revisión que a partir del 1960 surgen en todos los países nuevas escuelas que responden a algunos de los principales enfoques que se detallan a continuación:

- International Childbirth Educators Association (1960): este enfoque evoluciona el método Lamaze, se trata de “una organización sin ánimo de lucro que promueve que las mujeres y sus parejas tengan libertad de elección a partir del conocimiento de las alternativas de parto” (Fernández, 2013, p. 3).
- Robert Bradley en su libro "La Participación del Hombre en el Parto Natural" (1965), propone la capacitación de las parejas para que puedan participar y ayudar a la mujer en el parto, generando un ambiente de confianza y seguridad para ellas.
- Kabat-Zinn (1970) desarrolla el Método Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP), utilizando técnicas de la atención plena para la reducción del estrés en el parto.
- Sheila Kitzinger (1970) autora del texto "Pare a tu manera: Elegir un parto en casa o en un centro de partos", “rescata la sabiduría del cuerpo de la mujer para parir” (Fernández, 2013, p. 4).
- Michel Odent (1977) “orienta su trabajo a ayudar a que cada mujer pueda escoger el modo en que dará a luz siguiendo sus propios instintos y respetando en todo momento el proceso fisiológico del parto” (Fernández, M., 2013, p. 4).
- Marie Mickey (1990) desarrolla el método Mongan en el que “cuidan mucho el lenguaje, enseñan respiración, relajación, visualización, auto-hipnosis y hacen hincapié en que el parto no tiene que ser doloroso” (Fernández, 2013, p. 4).
- Pam England y Rob Horowitz (1998) desarrollan el enfoque “Birthing From Within” en el que “trabajan la introspección y el autodescubrimiento desde la perspectiva de la experiencia de la propia mujer a nivel interno” (Fernández, 2013, p. 4).

Es necesario tener en cuenta que la revisión de esta autora está basada en los estudios existentes hasta el año 2012. Es posible notar que hasta ese año, la “educación prenatal” está centrada de manera especial en la mujer parturienta y en su capacidad para enfrentar el nacimiento controlando los niveles de dolor y de estrés, así como en las competencias necesarias para asumir el rol parental, reduciendo los riesgos para la salud materno-infantil.

1.3.2.2 Principales contenidos de los programas de educación prenatal.

Haciendo un análisis de los estudios recolectados, a través de los parámetros establecidos, se puede evidenciar algunos temas focales tratados por la educación prenatal (E.P.) hasta este momento. Los temas principales se exponen a continuación:

- Salud materno-infantil
- Iniciación a la lactancia materna
- Transición hacia el rol parental
- Tipo de parto, plan de parto, modalidades de control del dolor

La salud (psico-física) materno-infantil en relación a la educación prenatal, es el tema central del 25% de los estudios recolectados. No obstante, cada uno de ellos trata el argumento desde diferentes perspectivas.

Soubeiga et al. (2014) hicieron un estudio de meta-análisis en el que determinaron que la E.P. puede contribuir en el reconocimiento de posibles peligros y promover buenas conductas para el cuidado de bebés, reduciendo los riesgos de mortalidad infantil.

El estudio realizado en Canadá por Godin et al. (2015), tuvo como uno de sus principales objetivos analizar si la participación en la E.P. mejora los niveles de conocimiento de las mujeres en relación con tres subtemas: salud en el embarazo, estilos de vida saludable y lactancia. Para medir los resultados, los autores utilizaron como instrumento un pre-test y un post-test. Los resultados del post-test marcaron un significativo aumento en los niveles de conocimiento de las mujeres luego de haber participado en la E.P.

Los autores Kalayil Madhavanprabhakaran, D'Souza y Karkada Subrahmanya (2016) demostraron en Omán, que la E.P. redujo significativamente los niveles de ansiedad en el embarazo y aumentó los niveles de conocimiento acerca de la maternidad, a través de un estudio que comparó un grupo experimental con un grupo de control.

Levett et al. (2016) midieron los efectos de la E.P. en la reducción de las tasas de uso de anestesia epidural en dos hospitales de Australia, comparando un grupo de experimentación con un grupo de control. El estudio concluyó que la E.P. permite optar por alternativas naturales para el control del dolor en el parto, reduciendo las tasas de uso de anestesia epidural.

Lokugamage (2016) realizó un análisis del Sistema Sanitario Inglés concluyendo que la E.P. reduce notablemente los riesgos en la salud materno-infantil, reduciendo los costos de atención médica.

Peberdy et al. (2016), en Australia, estudiaron el impacto que tienen los profesionales de salud, a través de la información que proporcionan a los futuros padres, sobre su decisión de donar o conservar el cordón umbilical, concluyendo que en la mayor parte de los casos el personal médico no tiene el conocimiento adecuado para dar respuesta a esta necesidad de los futuros padres.

Vural, Vural y Cakiroglu (2016) observaron los efectos de la E.P. en la decisión de adherir al uso de anticonceptivos en el periodo posnatal en Turquía, pero no pudieron determinar diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo de control.

El estudio realizado por Arzu Aba y Kömürcü (2017) analizan los efectos de una intervención educativa en un grupo experimental de madres adolescentes primerizas turcas. Se obtuvo que, en comparación con un grupo de control, hubo mejores niveles de adaptación en las madres que recibieron E.P. tanto en el periodo prenatal, una fase bastante delicada para una adolescente, como en las primeras semanas de postparto, donde las involucradas demostraron mejores percepciones con respecto a sus hijos.

El estudio de Basharat, Asmat y Zaca (2017) investigó acerca de las fuentes privilegiadas por las mujeres pakistaníes embarazadas para obtener información/conocimiento acerca del embarazo, dando como resultado que el 56% lo obtuvo por parte del médico, el 14% por parte de un farmacéutico, el 9% por las enfermeras y el 21% tuvo otras fuentes. En cuanto al uso

de medicamentos durante el embarazo el 61% fueron guiadas por el médico, el 12% por el farmacéutico, el 2% por las enfermeras y el 25% por madre o hermanas. El 44% de la muestra no tuvo acceso a servicios médicos durante el embarazo. Los resultados demostraron que las mujeres que recibieron alguna forma de E.P. tuvieron una experiencia de parto y de maternidad más satisfactoria.

Henderson y Redshaw (2017) estudian los efectos de la E.P. en la posibilidad de reducir los riesgos de trabajo de parto temprano, mismo que ha sido identificado como una fase latente del mismo, que genera contracciones dolorosas y estrés. Se ha demostrado también que una admisión temprana al hospital genera aumento en los niveles de oxitocina, con lo que se aumenta el riesgo de cesárea. Los resultados obtenidos por los autores, identificaron entre las causas que influyen en el riesgo de trabajo de parto temprano está la no asistencia a programas de E.P.

Rousseau et al. (2017) en Bélgica analizan el reflejo de Moro para determinar que se trata de una comunicación no-verbal del recién nacido y sugieren que la E.P. debe formar a los padres para dar respuesta a este comportamiento fisiológico de ayuda que podría considerarse como un pedido de ser llevado a los brazos.

Salmon et al. (2017), determinan que la E.P. puede contribuir en un cambio de conducta requerido en la gestante para reducir los riesgos de daño del suelo pélvico de la madre durante el parto.

Suto et al. (2017) realizaron un meta-análisis de estudios en el que analizaron la posibilidad de que la E.P. contribuya en la reducción de los riesgos para la salud mental de los nuevos padres, garantizando mejores condiciones de vida para el recién nacido y determinaron que hasta el momento se han invertido escasos recursos con este propósito.

Cómo se ha podido observar por los estudios recopilados, la E.P. abarca contenidos muy generales, pero también muy específicos, relacionados con la salud materno-infantil. De la misma manera se observa que hay estudios que consiguen determinar un impacto positivo

de la E.P. sobre la salud materno-infantil y otros que revelan falencias en la organización y aplicación de estos programas. Además, se puede notar que la mayor parte de estos estudios relacionan los eventos de nacimiento y las prácticas de parto a la salud física de la dupla madre-bebé, pero no a un concepto integral de salud física, social y emocional.

Otro de los contenidos de gran importancia abarcados por la E.P. es el de la lactancia materna. En la revisión realizada se encontraron un 10% de estudios que relacionan estas variables. Consideremos los hallazgos reportados por esta investigación en dicha temática.

En el 2013, Araya y Brenes realizaron una revisión de estudios, que les permitió establecer que existe “evidencia que indica que las intervenciones para promover y apoyar la lactancia materna aumentan las tasas de iniciación, duración y exclusividad de esta” (p. 1), determinaron que estas intervenciones pueden darse en el periodo prenatal, en el parto o inmediatamente después del nacimiento.

Lun Wong et al. (2014) estudiaron los efectos de la E.P. sobre la duración y la exclusividad de la lactancia materna, en China.

Godin et al. (2015) demostraron en su estudio que la E.P. contribuyó al fortalecimiento del conocimiento de las nuevas madres sobre la lactancia materna.

Existen estudios que demuestran que se han utilizado las nuevas tecnologías para favorecer la E.P. dirigida a incentivar el amamantamiento en las nuevas madres. Por ejemplo, Grassley y Connor (2016) en Estados Unidos desarrollaron un video-juego. Por su parte, Kellams et al. (2016) testaron los efectos de un video con el mismo objetivo.

Martínez et al. (2017) también realizaron una revisión de la literatura existente para determinar la relación entre la E.P. y el inicio de la lactancia materna, determinando que la información y el apoyo que reciben las madres en la E.P. incide positivamente en el inicio, prevalencia, la duración y la exclusividad de la lactancia materna.

Aproximadamente el 16% de los artículos considerados para este análisis relacionó las variables E.P. y rol parental. Dentro de estos estudios destacan dos sub-áreas fundamentales que son: el concepto de “empoderamiento” que se refiere al rol activo de la mujer en su experiencia de maternidad, y por otro lado, la participación y el rol de sus parejas en el nacimiento y en la crianza.

En cuanto a la primera sub-área, Aydin, Lynn Barkin y Kululu (2016) determinaron un impacto positivo de las diferentes modalidades de E.P. (clases, visitas domiciliarias y asesoramiento televisivo) para el desarrollo óptimo del rol maternal. Su estudio abarcó una revisión de estudios presentes en las principales bases de datos sobre el tema.

Ewins (2015) analiza como las personas con discapacidad intelectual tienen las mismas aspiraciones que las demás, entre ellas la paternidad. Sin embargo, la presunción de que no tienen las capacidades necesarias para cuidar de sus hijos produce discriminación y que en muchos casos no se les permita cuidar y educar a sus hijos. La autora propone la E.P. como una estrategia para contribuir a la adquisición de competencias parentales en personas con discapacidad y de esta forma reducir los riesgos que pueden tener en el cuidado de sus hijos y por ende los niveles de discriminación. En cambio, determinó que los comunes programas de E.P. no cumplen con las características educativas necesarias para responder a las necesidades de esta categoría de futuros padres.

El empoderamiento es concebido en la revisión de Fernández (2017) como un proceso de adquisición de autodeterminación y poder de participación. La autora examina como “en el rol profesional tradicional, el sanitario es la persona que gracias a su formación reglada ha adquirido las competencias para asumir el liderazgo indiscutible sobre los temas de su ámbito de salud” (p. 11). Sin embargo, en los momentos actuales se requiere que el personal sanitario asuma un nuevo rol en el que “sigue siendo el profesional que ha adquirido sus competencias mediante formación reglada, pero su posicionamiento frente a los beneficiarios es de colaborador y facilitador” (p. 11), con lo que se obtiene una mayor horizontalidad en

las relaciones. Las mujeres constituyen un grupo vulnerable, por lo que la autora plantea la necesidad de trabajar para construir la igualdad en entornos de salud. Para ello determinó que la E.P. es un arma fundamental para influir en el empoderamiento de las gestantes, en el aumento de su autoconfianza y el poder en la toma de decisiones. En otro estudio realizado por la misma investigadora, junto con Muñoz y Torres (2014) evalúa el poder de los programas de E.P. en el empoderamiento de las mujeres en un estudio de campo, determinando efectos positivos en ellas.

Suto et al. (2017) evaluaron los efectos de la E.P. sobre la salud mental de los nuevos padres, de fundamental importancia para la salud y estabilidad de toda la familia, determinando que no se han realizado suficientes esfuerzos para determinar una influencia positiva.

Con relación al segundo subtema Shia y Alabi (2013) investigan en Inglaterra la participación de los compañeros masculinos en las clases de E.P. Este estudio revela que la mayoría de los hombres se sintieron positivos acerca de su participación en las clases prenatales y deseaban estar en la misma clase que sus parejas. No obstante, había un porcentaje de participantes que preferían tener sus clases de E.P. separadamente de sus parejas.

El estudio realizado por Kaye et al. (2014), en Uganda, dio como principal resultado que el sistema de salud limita la participación masculina en el parto: los hombres no tienen un papel claro en el parto y sienten exclusión y alienación en el entorno hospitalario.

Los autores Berti et. al (2015) se propusieron medir los efectos de un programa de E.P. en Honduras en el aumento de la participación de los padres en el parto. Su análisis determinó un crecimiento en la institucionalización de los nacimientos, aunque no pudo demostrar el objetivo planteado en un inicio.

Afua Entsieh y Kristensson Hallström (2016) realizaron una revisión en varias bases de datos, determinando la necesidad expresada por futuros padres de ser incluidos en la E.P.; que se profundicen en temas relacionados con los cambios en las relaciones conyugales que genera

la llegada de un hijo; y que se abran espacios para tratar el tema entre pares y con expertos. Además, este estudio reveló necesidades similares en parejas homosexuales.

En base a las investigaciones recolectadas, el último contenido de la E.P. se relaciona con el tipo de parto, el plan de parto y el control del dolor. La revisión realizada encontró un 23,2% de artículos relacionados con esta variable.

Fisher et al. (2012) en Australia realizaron un estudio cualitativo que les permitió determinar que los programas de E.P. basados en “atención consciente” (*mindfulness*), mejoraron el grado de satisfacción de las parejas con respecto a la experiencia de parto. Esto debido a que se aumentaron los niveles de autoconfianza de ellas. Adicionalmente, las técnicas de control aprendidas facilitaron el autocontrol de las parejas y les permitieron participar activamente en la toma de decisiones durante el parto.

Kungwimba et al. (2012) en Malawi, analizaron el rol de los compañeros de parto, quienes son figuras no médicas que apoyan el parto. Los compañeros de parto pueden ser “doulas”, quienes tienen una formación profesional, pero en muchos casos se trata de familiares o amigos, quienes no tienen ningún tipo de preparación para el rol que se someten a desempeñar. Por ello los autores determinan que la E.P. debería considerar la participación y formación de los compañeros de parto. En la misma línea de investigación, Kaye et al. (2014) observaron en Uganda que la E.P. debe incluir a los hombres para que puedan tener un rol más participativo en el parto, lo que aportaría seguridad a las mujeres.

Miquelutti (2013) realizó un estudio en Brasil en el que comparó los resultados obtenidos en un grupo de intervención con los de un grupo de control. Allí se determinó que las mujeres que recibieron E.P. refirieron un mejor control del dolor, a través de ejercicios de respiración y otras técnicas no farmacológicas, así como una mayor satisfacción en su experiencia de parto, con respecto a las mujeres que no recibieron E.P.

En Perú, Munares (2013), analizó las características bio-sociales, reproductivas y obstétricas asociadas al resultado adecuado del parto (parto vaginal). Los resultados de su estudio

determinaron que el tener una edad entre 20 a 35 años, nivel educativo secundario o superior, más de cuatro controles prenatales y haber participado en sesiones de psicoprofilaxis obstétrica se asociaron a un resultado adecuado del parto. En la misma línea, el estudio realizado en Nigeria por Olusola (2013), tuvo como principal resultado que las parturientes con clase social más alta, mayor nivel educativo y que tenían educación prenatal se asociaron con una percepción severa de dolores relacionada con un mayor conocimiento de las oportunidades de alivio.

Ratima y Crengle (2013) realizaron un estudio con las mujeres maorís en Nueva Zelanda en el que identificaron, entre otros hallazgos, un mayor riesgo en el parto determinado por las desigualdades sociales y étnicas que limitan su acceso a la E.P.

Vila Candel et al. (2015) observaron en un grupo de gestantes españolas de qué manera la E.P. puede influenciar el Plan de Parto, los resultados de esta investigación mostraron diferencias estadísticamente significativas en la opinión de las gestantes antes y después de recibir las sesiones de E.P., entre ellas: la decisión de evitar la episiotomía, el conocimiento sobre medidas de comodidad (ingerir líquidos, ir al baño cuando lo deseen, libertad de movimientos, monitorización intermitente, posición de expulsivo cómoda) y otras preferencias como realizar pujos espontáneos, pinzamiento del cordón tardío y cortarlo su acompañante, contacto piel con piel y amamantamiento de la forma más precoz posible.

Kalayil Madhavanprabhakaran, D'Souza y Karkada Subrahmanya (2016), en Omán, compararon un grupo de intervención que recibió E.P. con un grupo de control que no tuvo acceso a la misma, determinando que la E.P. contribuyó en la reducción del estrés relacionado con el parto.

En Australia, Kearney et al. (2017) analizaron diferencias en la modalidad de parto (vaginal o cesáreo) en un grupo de intervención que recibió E.P. en grupos dirigidos por parteras y un grupo de control que recibió atención prenatal individual de manera convencional. Aunque el estudio no pudo determinar diferencias significativas, se pudo observar que mujeres con un

parto vaginal previo eran más frecuentes en el grupo de intervención y mujeres con más alto riesgo de cesárea eran más frecuentes en el grupo de control.

En Brasil, Peres et al. (2017) estudiaron el conocimiento de los enfermeros sobre el Plan de Parto, demostrando necesidad de una mayor capacitación del personal de salud sobre el tema.

Los estudios mencionados en este apartado, ponen en evidencia cuáles han sido los principales contenidos y objetivos de los programas de E.P., destacando entre ellos: la salud física materno-infantil, la lactancia materna, la transición al rol parental y la toma de decisiones relacionadas con el tipo de parto y las formas de control del dolor. La selección de estas áreas de preparación prenatal, derivan del entorno sanitario en el que se encuentra contextualizada la E.P. hasta el momento de esta revisión. Es evidente también que esto influencia también los objetivos y las metodologías empleadas para la E.P.

1.3.2.3 Evaluación de los Programas de educación prenatal.

De los estudios considerados para esta revisión, aproximadamente el 50% directa o indirectamente realiza una evaluación de los programas de E.P., en algunos casos basada en la revisión de resultados de varios programas y en otros casos centrándose en programas específicos. Estas evaluaciones destacan los beneficios de la E.P. pero también ponen en evidencia algunos puntos críticos relacionados con la metodología utilizada y su capacidad de responder a las necesidades específicas de los futuros padres. A continuación se citarán las principales conclusiones de esta actividad de evaluación.

En Suecia, Ahldén et al. (2012) evaluaron las expectativas que tienen los padres y las madres para asistir a un programa de E.P. y determinaron que entre las expectativas más comunes que tienen los futuros padres y madres están la creencia de que esto les ayudará a estar mejor preparados para el parto, la paternidad y el cuidado infantil.

El estudio ya citado anteriormente, elaborado por Fisher et al. (2012), realizó una evaluación cualitativa de un programa de E.P. basado en *Mindfulness*, destacando efectos positivos en los padres relacionados con el empoderamiento y la participación en la toma de decisiones.

De igual manera, el estudio de Olusola (2013) en Nigeria comprobó efectos positivos de la E.P. en la reducción de los dolores de parto.

La investigación llevada a cabo por Ortiz et al. (2014) demostró en España resultados positivos de la E.P. en la reducción del riesgo de parto prematuro y depresión en madres en condiciones socioeconómicas de desventaja.

Fernández, Muñoz y Torres (2014) evaluaron la calidad de las sesiones educativas realizadas en el tercer trimestre del embarazo en cuarenta y un centros de atención primaria de la Comunidad Autónoma de Madrid, como parte del programa educativo del Sistema Nacional de Salud en Madrid. Determinaron su influencia positiva en la caída en el consumo de sustancias, una mejora en los hábitos de salud, un aumento en la percepción del conocimiento y altos niveles de satisfacción,.

El estudio de Soubeiga et al. (2014) se propuso evaluar el impacto de las intervenciones de E.P. para reducir la mortalidad materna y neonatal en países en desarrollo, se halló una disminución en la mortalidad neonatal por la capacidad de las madres para reconocer riesgos y peligros, adquirida en la E.P.

Brixvale et al. (2016) analizaron la eficacia de clases pequeñas de E.P. en relación a la que se realiza en auditorios y su impacto en la auto-eficiencia de las madres en el parto, los resultados que obtuvieron demostraron que un programa de E.P. estructurado en clases pequeñas puede mejorar la confianza de la mujer en su propia capacidad de afrontar el parto y confianza en su propia habilidad para manejar el proceso de nacimiento.

El estudio conducido por Kalayil Madhavanprabhakaran, D'Souza y Karkada Subrahmanya (2016) demostró la efectividad de la intervención educativa sobre el parto en mujeres

nulíparas en una mejora en el conocimiento de las mujeres, así como la reducción en los niveles de ansiedad.

Krysa et al. (2016) estudiaron la eficacia de los programas de E.P. en Polonia y determinaron que los conocimientos y habilidades prácticas adquiridos en las clases prenatales contribuyen a reducir los temores de los futuros padres en relación con el embarazo y puerperio, a facilitar la participación activa y consciente en el parto, al cuidado del niño y al desempeño del rol parental.

El estudio de Levett et al. (2016), que ya se mencionó con anterioridad, evaluó en Australia el efecto de un programa médico de E.P. en relación con la reducción en el uso de la anestesia epidural, demostrando efectos positivos.

Lokugamage (2016) por su parte, evaluó el costo beneficio que tienen los programas de E.P. para el Sistema Sanitario Inglés, demostrando que la reducción de los riesgos para la salud materno-infantil permite un ahorro de recursos.

Arzu Aba y Kömürçü (2017) encontraron un efecto positivo en la E.P. sobre la adaptación prenatal y postparto y las percepciones sobre recién nacidos entre las mujeres embarazadas adolescentes en Turquía.

A pesar de los efectos positivos de los hallazgos mencionados hasta este momento, existe un número igual de investigaciones que ponen en evidencia serias dificultades en la E.P., los cuales se exponen a continuación:

El estudio llevado a cabo por Ratima (2013) en Nueva Zelanda determinó que las mujeres Maorís, quienes por sus condiciones sociales y étnicas son más propensas a tener bebés a una edad muy temprana y tienen embarazos de alto riesgo, tienen menos probabilidades de recibir E.P. y tienen menos visitas prenatales acumuladas que las mujeres no maorís, pues existen barreras que limitan su acceso a las mismas.

Shia y Alabi (2013) en Inglaterra determinaron que los programas de E.P. no siempre satisfacen las expectativas y necesidades formativas de las parejas masculinas. Un cierto porcentaje de ellos manifestaron que preferirían contar con una E.P. exclusiva y separada de las madres.

Lally et al. (2014) en Inglaterra determinaron que el enfoque de la E.P. necesita ser revisado. Ellos consideran que se requiere concentrar esfuerzos para informar mejor a las mujeres y para involucrarlas en discusiones sobre sus valores, expectativas y preferencias sobre el parto y cómo éstas afectan cada elección específica durante la E.P., en lugar de esperar el trabajo de parto para la toma de decisiones.

El estudio que se citó anteriormente de Ewins (2015) sobre la preparación al rol parental en personas con discapacidad intelectual, demostró que la E.P. tradicional no reúne las características necesarias para responder a las necesidades específicas de estas personas.

El videojuego aplicado por Grassley y Connor (2016) en Estados Unidos con el objetivo de fomentar la autoestima en la lactancia materna a través de un recurso tecnológico moderno y de bajo costo, no dio los resultados esperados, pues no permitió medir una diferencia significativa entre los resultados comparados mediante pre-test y post-test.

Ling Yeoh, Hornetz y Dahlui (2016), en Malasia, detectaron una utilización desproporcionada de la atención prenatal por parte de mujeres con embarazos de bajo riesgo, algo que en lugares con escasos recursos significa perjudicar a mujeres que tienen embarazos riesgosos y lo necesitan más. Por lo cual recomiendan una mejor capacitación del personal de salud para que se mejore la priorización de los recursos.

La revisión elaborada por Peberdy, Young y Kearney (2016) determinó que en muchos casos, los formadores que realizan la E.P., no disponen el conocimiento necesario para orientar a los futuros padres sobre la posibilidad de donar o conservar el cordón umbilical.

Brixval et al. (2016), en Dinamarca, evaluaron los efectos de impartir E.P. en grupos pequeños y grandes en relación a la reducción en el uso de anestesia epidural. No se pudo demostrar diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo de control, es decir, no se alcanzó los objetivos esperados en la intervención.

En su evaluación cualitativa de la E.P. Arieta et al. (2017), señalaron diferentes áreas de mejora, entre ellas: la necesidad de una E.P. que evalúe las necesidades específicas de cada mujer, que considere el embarazo y el parto como procesos fisiológicos normales, que permita la participación de los padres, que tenga continuidad con el periodo posparto, además de una mejora en la capacitación de las parteras.

Peres et al. en (2017) Brasil, evaluaron los programas de E.P. en relación al Plan de Parto, determinando que el personal de salud no estaba suficientemente capacitado para proporcionar formación con respecto al tema.

Una investigación que ya se mencionó con anterioridad reveló que en Japón no se han invertido suficientes recursos en proporcionar una E.P. que cuide de la salud mental de los nuevos padres, garantizando el equilibrio de toda la familia (Suto et al., 2017).

Como se puede observar, existen distintos puntos críticos, necesidades sin respuesta, que se revelan en las investigaciones sobre la E.P. que se está proporcionando a las familias hasta este momento. En el próximo apartado, se analizarán estas carencias, observando la E.P. desde un enfoque pedagógico.

1.3.2.4 Principales conclusiones del proceso de Metanálisis.

Se realizó una revisión de estudios relacionados con la educación prenatal, siguiendo una metodología basada en Meta-Análisis, privilegiando un análisis cualitativo de la información recolectada.

Se establecieron parámetros de inclusión y de exclusión que permitieron trabajar con 55 artículos provenientes de bases de datos como Google Académico, la Biblioteca Virtual de la U.E.X., PubMed y E.R.I.C.

Se consideraron estudios bibliográficos, de campo y de Meta-Análisis, realizados en el periodo comprendido entre el 2012 y el 2017, en inglés y español.

La revisión permitió comprender la historia de la educación prenatal, sus principales contenidos y preocupaciones, se recolectaron diferentes evaluaciones que permitieron determinar las bondades y las dificultades de la E.P. llevada a cabo hasta el momento.

Uno de los hallazgos fundamentales fue la determinación que la E.P. se realiza casi exclusivamente desde contextos médicos y con profesionales de salud.

1.4 Nuevas Perspectivas para la educación prenatal.

El análisis realizado hasta este momento inició con una introducción cronológica de las principales características de la educación institucionalizada, haciendo referencia al hecho que históricamente no se ha considerado a la educación prenatal como un hecho pedagógico, sino más bien que se le ha relegado al ámbito doméstico y de los saberes tradicionales. En el último siglo cobran importancia procesos de educación prenatal realizados desde instituciones relacionadas con el ámbito sanitario, cuyo principal objetivo es garantizar la salud física de la dupla madre-bebé y la lactancia materna. Estos cursos son impartidos por personal sanitario y son principalmente de carácter informativo.

En el siguiente apartado, se proponen algunas reflexiones muy recientes que están surgiendo desde la pedagogía acerca de la educación en el periodo prenatal.

Herrán (2015) refiriéndose a la educación prenatal detecta dos grandes problemas: el primer problema es “que a lo que se hace (incluido lo que se enseña, se comunica, etc.) se llama ‘educación’” (p. 20), y el segundo “es que educación se equipara a cuidado o guarda cuando

el niño es muy pequeño) (hasta 3 años) y a instrucción, condicionamiento y/o adoctrinamiento en todos los niveles” (p. 20).

El primero de los problemas detectados por el autor, tiene que ver con que se denomine “educación” a actividades que no son educativas. El mismo autor asocia esta afirmación al hecho que la E.P. es una actividad realizada exclusivamente en un contexto médico, con profesionales de la salud. Así, el principal objetivo de la E.P. es el “cuidado” en temas relacionados con la salud física de la madre y el bebé. Esto tiene que ver más con algunas de las siguientes actividades identificadas por Herrán (2015):

- Atención sanitaria: cuidado del niño y de la madre.
- Desarrollo prenatal: contiene las acciones relacionadas con la estimulación temprana, que favorecen el desarrollo cerebral, pero no biopsíquico y educativo.
- Acción/interacción prenatal: actuaciones comunicativas hacia el niño intrauterino.
- Interacción prenatal premeditada: comunicación con el niño intrauterino basada en un estímulo y una respuesta esperada.

Herrán (2015) plantea la necesidad de no confundir procesos de instrucción y estimulación, con educación. La instrucción comporta acciones dirigidas desde el externo, acciones que el autor define como “violentas”. La educación, desde su raíz etimológica tiene otro significado: “Educare y Exducere. Educare, significa alimentar o nutrir y Exducere, significa desarrollar y/o crecer” (Bosch et al., 2010, p. 2), significa bajo estos términos, contribuir al desarrollo personal y conlleva el respeto por la persona y su experiencia. Es así que la función del educador prenatal debe ser, desde la perspectiva de este estudio, “acompañar” la experiencia de procreación, gestación y nacimiento. Herrán (2015) considera que la E.P. debería situarse en el enfoque de la “educación natural”, que busca, dice el autor citando a Rousseau (1987) “adaptar la educación del hombre al hombre” (p. 19).

Por otro lado, Odent (2009) plantea que la medicina ha creado la idea de que la mujer debe “aprender a dar a luz” (p.23) y que los cursos prenatales están orientados a ello. El médico

francés considera que la maternidad “pone en juego estructuras arcaicas, primitivas, mamíferas del cerebro” (p.23). Por tanto, es imposible pensar en la maternidad como un conocimiento que se puede transferir de una persona a la otra. Se trata más bien de una experiencia muy personal que a lo sumo puede ser acompañada con el mayor respeto posible.

Odent puede considerarse como el precursor de la revolución que se avecina en la educación prenatal. A partir de los años 80, promueve dos ideas: uno, que los procesos de maternidad han sido medicalizados al punto que se ha llegado a perder de vista su desarrollo natural y fisiológico; y dos, que todo el proceso hormonal de la gestación y el parto, condicionan la salud física, social y emocional del futuro ser humano. Por lo tanto, que el proceso educativo del niño depende de las experiencias que vive dentro del vientre, durante su nacimiento y en sus primeros momentos de vida.

Odent extrae estos conceptos de observaciones realizadas en la etología y en culturas ancestrales. Es decir, desenterró del pasado conocimientos que, traídos a la realidad presente, suenan totalmente renovados y que transforman profundamente todos los conceptos entorno a la maternidad. La educación prenatal no puede quedar ajena a este proceso de renovación. En esta discusión se hace evidente que se deben replantear los objetivos de la E.P., que ya no pueden desarrollarse como procesos informativos sobre las condiciones de salud física, sino deben promover la toma de consciencia integral (físico, social y emocional) de la experiencia propia que viven los futuros padres y sus bebés intrauterinos.

Esta corriente de pensamiento conceptualiza una educación prenatal que se aleja de procesos de instrucción y se concentra en acompañar pedagógicamente a los futuros padres desde antes de la concepción, la concepción, la gestación, el parto y los primeros meses de vida de sus bebés. Sus defensores plantean que el ser humano es un ser social y:

el niño prenatal es un miembro de la familia y de la comunidad en general, extendida a los abuelos y a otros parientes. Entre los padres y su hijo intrauterino existe una relación recíproca a nivel fisiológico (hormonal), psicológico y espiritual. El niño prenatal se comunica con los padres de diferentes maneras y reacciona a su estimulación (acústica, táctil, locomotriz, quimio-receptivo, termo-receptivo y emocional). Este diálogo entre los padres y el niño intrauterino enriquece a cada miembro de la comunidad familiar (Kornas-Biela, 2014, p. 193).

En este sentido, Carballo y Vizcaíno (2016) consideran que la educación prenatal tiene como principal objetivo construir una sociedad de paz. En efecto, al preparar a los padres a recibir con amor a sus bebés desde el primer momento de la concepción, este feto (como ser sensitivo y sensible) también construirá un vínculo con su madre, su padre y su entorno familiar. Este vínculo condicionará su capacidad de relacionarse en el futuro, tanto que las autoras se atreven a suponer que si millones de padres en la actualidad se comprometieran con una educación positiva desde el periodo intrauterino, se podrían observar transformaciones sociales en tres o cuatro generaciones.

Los programas de E.P. revisados hasta este momento están dirigidos de manera exclusiva a los futuros padres y madres, pues como manifiesta Kornas-Biela (2014) se “presenta al niño como un feto, un receptor principalmente pasivo de la madre” (p. 193). La superación de la visión pasiva del niño intrauterino tiene sus bases en los avances de las neurociencias, Herrán (2015) citando a With (2001) escribe:

Es un error creer que el cerebro de un feto no tiene funciones mentales. La actividad del cerebro empieza a las seis semanas tras la concepción. Los tests sobre las ondas del cerebro muestran que el córtex cerebral del feto funciona a las veintiocho semanas. Las ondas del cerebro también demuestran que el córtex recibe impulsos de la vista, del tacto y del oído, y que puede responder conscientemente a estas experiencias sensoriales a las veintiocho semanas. (p. 17)

Desde este punto de vista, otra innovación que se presenta como reto para la E.P. es que ya no puede estar dirigida únicamente a los futuros padres. Se debe incluir al niño intrauterino como un ser activo y presente en el proceso desde los primeros momentos de su existencia. Resulta importante la concientización de los padres en la importancia de este periodo para el desarrollo físico, social y emocional del ser humano

En este sentido Gútez (2016) plantea que la educación prenatal:

Se dirige a la familia, a la madre, al feto y a su entorno. Hace referencia a los cuidados que se requieren (salud, seguridad, alimentación, sueño, higiene, afectividad, estimulación, etc.) y al proceso de intervención que debe iniciarse antes de la concepción, y continuar más allá del nacimiento. Incide particularmente en el apego in útero, que fomenta el amor incondicional al niño, su valoración por parte de los padres, la observación y comprensión de sus necesidades y el reconocimiento de sus emociones, todo lo cual facilita una respuesta adecuada a sus necesidades (disponibilidad, cercanía física y emocional, protección, etc.). (p.16)

Se podría resumir que las nuevas perspectivas que alientan un futuro diferente para la educación prenatal, podrían enmarcarse en tres debates científicos de diferente naturaleza, resumidos a continuación:

En primer lugar está el debate mencionado por Kranner (2019) en su estudio sobre los paradigmas que orientan las prácticas médicas de atención al periodo prenatal y al parto, en el que se distinguen tres posibles corrientes:

1. Modelo tecnocrático: sus principios básicos son la separación mente-cuerpo, la consideración del cuerpo como una máquina, la observación del paciente como un objeto provocando el distanciamiento del médico de su paciente, la organización jerárquica y estandarización del cuidado, dando por resultado la autoridad y responsabilidad inherente al médico. Además, la sobrevaloración de la ciencia y la

tecnología, las intervenciones agresivas, un sistema guiado por ganancias, y fundamentalmente, la intolerancia a otras modalidades (p.12).

2. Modelo holístico: “el paradigma holístico no se detiene con la unidad mente-cuerpo, pero insiste en la participación del espíritu en este todo humano nuevamente redescubierto” (Kranner, 2019, p.13). Adicionalmente su modelo de sanación implica “alcanzar lo intangible de la mente y la emoción ahora vistos tan parte de la enfermedad o del trauma como su manifestación física” (Kranner, 2019, p.13).
3. Modelo humanista: se encuentra en un punto intermedio entre los dos anteriores, “Mientras que concibe separadamente a la mente y al cuerpo, el modelo humanista reconoce la influencia de la mente sobre el cuerpo y defiende maneras de curación que se dirigen a ambos” (Kranner, 2019, p.12).

Este primer debate es importantísimo para el futuro de la educación prenatal. Así pues, se pudo observar que en el último siglo la E.P. se desarrolló en contextos medicalizados y se orientó sobretodo por el modelo tecnocrático. Este modelo se concentra sobre todas las cosas en garantizar la integridad física de sus pacientes, dejando totalmente de lado el aspecto mental, emocional y humano. Asimismo se observa que las reflexiones de Odent, que se consideraron como el punto de inicio para la revolución de la E.P., se enmarcan en un paradigma holístico. Odent considera que la gestación y el parto abarcan aspectos físicos, sociales, emocionales y espirituales de los seres humanos involucrados. Además, Odent insiste que en muchos casos los aparatos tecnológicos no garantizan la reducción de los riesgos entorno al parto, más bien obstruyen y molestan el proceso.

El segundo debate se enmarca en los hallazgos científicos de las neurociencias a partir de los años 80. Esos hallazgos demostraron que el cerebro y el sistema nervioso están entre los primeros órganos que se forman en la etapa embrionaria de la gestación (organogénesis). Asimismo, estos estudios superan la idea del feto como un ente pacífico y conducen a reconocer al niño intrauterino como un ser sensible y sensitivo, capaz de vivir experiencias y almacenarlas en su memoria. Es decir, el feto es capaz de aprender y, por lo tanto, es un ser

que puede tomar parte de procesos educativos. Las neurociencias y la psicología han demostrado que la vida social y emocional del ser humano tiene sus raíces en el periodo intrauterino y que estas primeras relaciones generan patrones que condicionan el futuro relacional de la persona.

El tercer debate pedagógico del último siglo, ha ido centrando su atención siempre más en las edades tempranas del niño. Se ha llegado a determinar que el periodo entre los 0 y 6 años de vida del ser humano representa el momento más fértil para la construcción del individuo, tanto en lo intelectual, como en lo emocional y social. Estas reflexiones han producido que la educación institucionalizada incluya a los niños en las edades más tempranas, pero también que la familia sea considerada como la primera institución educativa en la que participa el ser humano. A partir de ello se ha teorizado sobre los modelos educativos parentales, en los cuales se pueden reconocer principalmente tres: el modelo autoritario, el modelo permisivo y el modelo positivo. Veamos.

El modelo autoritario se centra en la autoridad que ejercen los padres sobre los niños. El modelo permisivo pone al centro en todo momento la voluntad del niño. Por último, en el modelo positivo “se promueve la atención, el desarrollo de sus capacidades, el ejercicio de la no violencia, ofreciendo el reconocimiento y la orientación necesaria sin dejar de incluir el establecimiento de los límites que permitan el pleno desarrollo del niño y el adolescente” (Capano y Ubach, 2013, p. 89).

Conectando los tres debates, se puede resumir tres elementos: uno, la superación de la visión de la educación prenatal como una práctica médica tecnocrática orientada únicamente a garantizar la salud física materno-infantil; dos, los hallazgos que establecen que el infante intrauterino inicia sus aprendizajes intelectuales, emocionales y sociales en el vientre materno; y tres, la consideración de la familia y el entorno como actores fundamentales del proceso educativo. Estos tres argumentos sientan las bases para una educación prenatal

totalmente transformada, abriendo las puertas a una reflexión de naturaleza pedagógica y a la participación de los actores de la educación en este proceso.

Es decir, es posible pensar en una educación prenatal que pueda considerarse educación a todos los efectos, porque está orientada por reflexiones y enfoques pedagógicos.

Ciertamente, hasta el momento la pedagogía ha hecho énfasis en la importancia de la educación en los primeros dos años de vida del niño a partir de su nacimiento. Es momento de avanzar un paso más allá, ya que la evidencia científica actual ha permitido determinar que

(...) la madre, con sus pensamientos, sentimientos, forma de vivir, hábitos, estados interiores, etc. puede educar al bebé prenatal antes de que nazca, antes de ser niño o niña, con el apoyo de su entorno, de sus seres queridos y de la sociedad en general (Herrán, Hurtado, y García, 2018, p.20).

Por esta razón, la investigadora concuerda con los autores mencionados al considerar que es posible teorizar la participación de las Ciencias de la Educación y la Pedagogía en la formación durante la etapa prenatal. Una educación prenatal concebida con estas características debe abarcar “las condiciones biopsicosociales de los futuros padres, desde etapas muy anteriores a la concepción del bebé, hasta la crianza, procurando que en todo momento, prevalezca el interés del niño (o futuro niño)” (Andrés y Gutiérrez, 2018, p.28).

1.5 Conclusiones del capítulo:

En la primera parte de este capítulo se elaboró un breve recorrido por la historia de la educación y de las teorías pedagógicas, para determinar que la educación prenatal hasta el último siglo no ha sido considerada dentro de los procesos educativos institucionalizados, sino que ha sido relegada al ámbito doméstico y de los saberes tradicionales transmitidos a través de procesos intergeneracionales.

En la segunda parte de este capítulo se observó que a partir del siglo XX, se desarrolla la educación prenatal en las casas de salud mundialmente, con la finalidad de transmitir información orientada a fomentar la salud física materno-infantil. Para ello se realizó un metanálisis, abarcando diversas investigaciones provenientes de los diferentes países.

Finalmente, se proponen algunas reflexiones surgidas desde las ciencias sociales y pedagógicas, que plantean una nueva perspectiva para la educación prenatal. Una perspectiva que esté orientada a un concepto de salud integral (físico, social y emocional) y que se centre en las experiencias tempranas del bebé intrauterino, su madre, su padre y su entorno. Estas reflexiones orientarán la construcción del programa formativo al que apunta esta investigación.

Capítulo II: Fundamentos epistemológicos para el programa formativo.

2.1 Introducción

En este capítulo se realizará un análisis de los diferentes momentos que abarca la educación prenatal: la preparación para la concepción, la concepción, la gestación, el nacimiento y el primer periodo de vida del recién nacido. Estas etapas se observarán los cambios bio-psico-sociales que experimentan sus actores principales (niño, madre, padre, familia, entorno), poniendo al centro a la madre y al niño, a fin de generar un sustento teórico científico fuerte para el programa formativo que se propone como producto de esta investigación.

Para realizar este análisis se tendrán en cuenta los conocimientos disponibles desde diversas áreas del conocimiento: las ciencias médicas, las neurociencias, la psicología, los saberes culturales y antropológicos, y cómo no, las reflexiones que la pedagogía ha ido generando en los últimos años sobre las etapas prenatal, parto y posnatal.

2.2 Periodo prenatal.

2.2.1 Fase de preparación a la concepción de la vida humana.

Los primeros momentos de la vida humana son estudiados por la rama de la biología denominada “embriología”.

La embriología inicia sus estudios incluso antes de la concepción de una nueva vida, pues como manifiesta Carlson (2014) “la gestación en el ser humano comienza con la fusión de un ovulo y un espermatozoide dentro del tracto reproductor femenino, pero este hecho viene precedido por una extensa serie de preparativos” (p. 2). Esta fase preliminar a la fecundación del óvulo por un espermatozoide se denomina “gametogénesis”. Es el proceso por el cual las células sexuales tanto masculinas como femeninas se “convierten genética y fenotípicamente en gametos maduros” (Carlson, 2014, p. 2).

La gametogénesis en base a las indicaciones de Carlson (2014) tiene cuatro fases: la primera es igual en hombres y mujeres, las siguientes tres se diferencian. Las fases de la gametogénesis son:

Fase 1: Las células germinales se originan a nivel extraembrionario y migran a las gónadas.

Fase 2: Aumenta el número de las células germinales mediante mitosis. Estas células se denominan “ovogonias” en el caso de las mujeres y su reproducción acontece desde el segundo hasta el quinto mes de gestación. En los hombres se denominan “espermatogonias” y su reproducción inicia en los testículos embrionarios.

Fase 3: Se reduce el número de cromosomas a la mitad mediante la meiosis. Este proceso tiene lugar en todos los ciclos biológicos en los que se da un proceso sexual y se diferencia en los hombres y en las mujeres. En las mujeres se inicia en el periodo fetal avanzado, dando origen a los ovocitos primarios, luego se bloquea y retoma el proceso en la pubertad y durante toda la vida fértil de la mujer. Cada ciclo menstrual se producen de 10 a 30 ovocitos secundarios. En el varón, el proceso se inicia después de la pubertad y tienen ciclos de 64 días en los que las espermatogonias realizan dos divisiones meióticas, produciendo espermatozoides primarios y secundarios.

Fase 4: Maduración estructural y funcional de los óvulos y los espermatozoides. Esta fase se denomina “ovogénesis” en las mujeres y “espermatogénesis” en los hombres. Este es el proceso mediante el cual los espermatozoides se convierten en espermatozoides y los ovocitos en óvulos. Esta última fase se completa cuando el hombre así como la mujer entran en su periodo de vida fértil.

Este análisis del proceso genético se reporta para crear una reflexión sobre el hecho que el ser humano inicia su proceso físico de preparación a la reproducción desde la vida intrauterina hasta llegar a la madurez reproductiva. Sin embargo, sería importante que la preparación se realice también a nivel intelectual y emocional, de manera que se promuevan procesos de procreación conscientes y responsables. Esta podría ser una primera tarea para la educación prenatal.

2.2.2 La Fecundación:

Continuando el análisis del proceso biológico de reproducción, se entiende que hacia la mitad del ciclo menstrual, por medio de una serie de procesos hormonales, el óvulo es expulsado desde el ovario a la cavidad peritoneal, este proceso se denomina ovulación. El músculo liso de las trompas de Falopio transporta el óvulo hacia el útero, en un proceso que dura aproximadamente 80 horas, luego de las cuales, si el óvulo no es fecundado, degenera (Carlson, 2014).

Durante la copula, el semen se deposita en la parte superior de la vagina, donde los espermatozoides emprenden su viaje hacia las trompas de Falopio, en las que se produce la fecundación. Cuando el espermatozoide se encuentra con el óvulo, “primero se fija y luego se fusiona con su membrana plasmática” (Carlson, 2014, p. 30). Posteriormente, el núcleo del espermatozoide completa la metafase, que se había detenido en su segunda división meiótica. Se comienzan a producir los pronúcleos en los que se replica el ADN, y cada cromosoma forma dos cromátidas. Los pronúcleos masculinos y femeninos se aproximan y se entremezclan, organizándose alrededor de un huso mitótico, dando origen al cigoto u óvulo fecundado.

2.2.3 Fase embrionaria:

La fase embrionaria tiene inicio con la fecundación del óvulo por parte del espermatozoide o concepción y dura las siguientes ocho semanas. Posterior a ello, el embrión se convierte en feto. Esta fase se denomina también organogénesis, puesto que en ella se generan la mayor parte de los órganos del cuerpo humano.

Carlson (2014) reporta en la siguiente tabla las principales fases del desarrollo embrionario humano:

Tabla 2*Fases del desarrollo embrionario humano.*

| EDAD (días) | RASGOS EXTERNOS | ESTADO DE CARNEGIE | LONGITUD VÉRTEX-CÓCCIX (mm) |
|------------------------|---|-------------------------------|--|
| 1 día | Ovocito Fecundado | 1 | 0,1 |
| 2-3 días | Mórula. | 2 | 0,1 |
| 4-5 días | Blastocisto libre. | 3 | 0,1 |
| 6 días | Unión de Blastocisto al endometrio. | 4 | 0,1 |
| 7-12 días | Implantación, estadio de embrión bilaminar, saco vitelino primario. | 5 | 0,1-0,2 |
| 17 días | Embrión trilaminar con estría primitiva, vellosidades coriónicas. | 6 | 0,2-0,3 |
| 19 días | Gastrulación, formación de la notocorda. | 7 | 0,4 |
| 23 días | Nódulo de Hensen y fosita primitiva, canal de la notocorda y neuroentérico, aparición de la placa neural, pliegues neurales e islotes de sangre. | 8 | 1-1,5 |
| 25 días | Aparición de los primeros somitos, surco neural profundo, Elevación de los pliegues neurales. | 9 | 1,5-2,5 |
| 28 días | Inicio de la fusión de los pliegues neurales, formación de los surcos ópticos, presencia de los primeros arcos faríngeos, inicio del latido cardíaco, incurvamento del embrión. | 10 | 2-3,5 |
| 29 días | Cierre del neuroporo craneal, formación de las vesículas ópticas, rotura de la membrana orofaríngea. | 11 | 2,5-4,5 |
| 30 días | Cierre del neuroporo caudal, formación de los arcos faríngeos 3 y 4, aparición de los esbozos de los miembros superiores y de la cola, formación de la vesícula ótica. | 12 | 3-5 |
| 32 días | Aparición de los esbozos de los miembros inferiores, placoda del cristalino, separación de la vesícula ótica del ectodermo de superficie. | 13 | 4-6 |
| 33 días | Formación de la vesícula del cristalino, copa óptica y fositas nasales. | 14 | 5-7 |
| 36 días | Desarrollo de las placas de las manos, seno urogenital primario, fositas nasales prominentes, evidencia de hemisferios cerebrales. | 15 | 7-9 |
| 38 días | Desarrollo de las placas de los pies, pigmento visible en la retina, desarrollo de las prominencias auriculares, formación del labio superior. | 16 | 8-11 |

| | | | |
|---------|---|----|-------|
| 41 días | Aparición de los radios de los dedos de las manos, rápido aumento de tamaño de la cabeza, seis prominencias auriculares, formación del surco nasolagrimal. | 17 | 11-14 |
| 44 días | Aparición de los radios de los dedos de los pies, y de la región del codo, se inicia la formación de los párpados, punta de la nariz visible, presencia de pesones. | 18 | 13-17 |
| 46 días | Elongación y enderezamiento del tronco, inicio de la herniación del intestino medio hacia el cordón umbilical. | 19 | 16-18 |
| 49 días | Los brazos se doblan en los codos, dedos de las manos visibles, pero con membranas interdigitales, aparición del plexo vascular del cuero cabelludo, degeneración de las membranas anal y urogenital. | 20 | 18-22 |
| 51 días | Dedos de las manos separados y más largos, dedos de los pies visibles, pero con membranas interdigitales, genitales externos indiferenciados. | 21 | 22-24 |
| 53 días | Dedos de los pies separados y más largos, párpados y orejas más desarrolladas. | 22 | 23-28 |
| 56 días | Cabeza más redondeada, fusión de los párpados. | 23 | 27-31 |

Nota. Adaptado de Carlson, (2014). *Embriología Humana y Biología del Desarrollo*.

A continuación se destacan los eventos más relevantes del desarrollo embrionario humano en relación con el enfoque y los objetivos de esta investigación.

En los dos primeros días, el cigoto continúa su división celular, hasta cuando el embrión consta de 16 células y se denomina morula. El embrión es transportado desde las trompas de falopio hasta el útero. Pasados 6 o 7 días después de la fecundación, se adhiere al endometrio y se anida.

Carlson (2014) indica que “a medida que se implanta en la pared uterina, el embrión sufre modificaciones profundas en su organización” (p. 75). Es así que a los 17 días de la fecundación “la subdivisión de la masa celular interna da lugar al cuerpo del embrión, que contiene las tres capas germinales primarias: el ectodermo (la capa externa), el mesodermo

(la capa intermedia) y el endodermo (la capa interna)” (p. 75), este proceso se denomina gastrulación.

Aproximadamente en el día 19 a partir de la concepción, durante el proceso de gastrulación se forma una línea primitiva. El nódulo primitivo, localizado en la línea primitiva, da origen a la notocorda, que es la responsable, a través de la producción de moléculas específicas, de mecanismos de inducción que “transforman las células embrionarias no especializadas en tejidos y órganos definitivos” (Carlson, 2014, p.80), entre ellas las que originan el sistema nervioso.

A partir del día 23 y hasta el cumplimiento de la cuarta semana de existencia, es un periodo fundamental ya que el embrión organiza su plan corporal básico, con esbozos de los principales órganos, entre ellos los que corresponden al sistema nervioso, al cerebro, al sistema cardiovascular y al corazón, y al sistema urogenital. Cabe destacar en este punto, que el sistema nervioso es uno de los primeros en formarse, a menos de un mes de concepción del embrión.

En esta semana aparecen también los artos superiores e inferiores del bebé, además de que brotan los esbozos de los principales órganos de los sentidos como son la vista, el oído, el olfato y el gusto.

Delahaye (2008), en su texto “Tu embarazo semana a semana”, indica que: “al final de esta 4.ª semana después de su concepción, su bebé está bien delimitado. Se encuentra en medio de la cavidad amniótica donde flota, fijado a la parte externa del huevo por el cordón umbilical en curso de formación” (p. 62).

Con el cuerpo del bebé prácticamente estructurado, la circulación materna se conecta a la embrionaria, por medio de las vellosidades placentarias y se estructura la circulación fetoplacentaria.

La supervivencia del embrión está íntimamente ligada al cuerpo de la madre, con el cual, como indica Carlson (2014) mantiene una relación de tipo parasitario.

La placenta, señalan Rodríguez y Mendieta (2014), se deriva del trofoblasto e inicia su formación en las segmentaciones internas del cigoto (antecesor del embrión) aún antes de su implantación en las paredes uterinas, alrededor de la tercera semana de gestación.

Roa, Smok y Prieto (2012) explican que la placenta está compuesta por tejidos maternos y fetales:

El componente fetal está representado por el corion, el cual de acuerdo al tipo de placentación, está asociado con el saco vitelino o con el alantoides. Por su parte el componente materno está dado por la zona más superficial del endometrio uterino (p. 1490).

Las funciones de la placenta son:

La placenta forma una verdadera interface entre la circulación materna y fetal, facilitando el intercambio gaseoso y metabólico entre la circulación fetal y materna. Además posee la capacidad de secretar hormonas y producir una barrera entre ambos sistemas inmunes facilitando la supervivencia del feto en el útero (p. 1490).

La quinta semana después de su concepción, ha finalizado el primer mes de existencia del embrión, que mide entre 5 y 7 mm.

Delahaye (2012) indica que durante la quinta semana “el tubo neural ha seguido su desarrollo lo que conduce, ahora, a la formación de los hemisferios cerebrales” (p. 76) haciendo aumentar enormemente el tamaño de cerebro y por ende de todo el embrión. Durante esta semana: aparecen los primeros brotes de las vértebras, se comienza a modelar el rostro con sus cinco cavidades, el corazón duplica su volumen, inicia a formarse el estómago y el resto del sistema digestivo sigue su desarrollo.

Al inicio de la sexta semana posterior a la concepción (8va. de gestación) el embrión mide de 10 a 14 mm, crece ulteriormente el tamaño de la cabeza, mientras que los artos, tanto superiores, como inferiores, se estiran. Ya se pueden evidenciar las muñecas y los tobillos, así como los futuros dedos.

Delahaye (2012) indica que “hasta ahora, toda la superficie del cuerpo estaba recubierta por una sola capa de células. Estas comienzan a dividirse para superponerse en varias capas, formando así la epidermis” (p. 88).

Las vértebras van ubicándose alrededor de la médula espinal, dando origen a la columna vertebral. Las células sexuales primitivas se encuentran ya presentes en los lugares donde se originarán los órganos genitales.

En la séptima semana luego de la concepción (9na. de gestación), el embrión ha alcanzado entre 17 y 22 mm. La cabeza se distingue del resto del cuerpo a través de cuello, se siguen alargando los artos superiores e inferiores, e inician a formarse los huesos de los dedos como cartilagos, en la boca se pueden distinguir los labios, en los ojos se forman las retinas y los cristalino y la córnea, el nervio óptico está casi terminado. A nivel interno: la tiroides alcanza su posición definitiva, el corazón comienza a distinguir sus componentes de los lados derecho e izquierdo, se forman los canales anorrectal y urogenital y todos los demás órganos siguen su crecimiento.

Delahaye (2012) indica que en esta semana el bebé inicia movimientos como “volteretas”, sin embargo la madre no los percibirá hasta el cuarto mes.

En la décima semana de gestación, octava luego de la concepción, el embrión alcanza los 3 cm., pesa de dos a tres gramos, y posee casi todas las partes del cuerpo internas y externas. A este punto el embrión se convierte en feto.

Las neurociencias por su lado profundizan el estudio del desarrollo del sistema nervioso y la actividad cerebral desde los primeros momentos de la vida humana. En este sentido Rosselli

(2003) manifiesta que “el desarrollo del sistema nervioso, como un sistema separado, se inicia aproximadamente 18 días después de la fecundación” (p. 1)

A partir de estas consideraciones, Campos (2010) señala que:

Este complejo y fascinante proceso de desarrollo del cerebro empieza muy temprano, en el vientre materno, en una etapa en que muchas madres aún no se dan cuenta que están gestando. A tan solo tres semanas después de la concepción, diferentes mecanismos celulares empiezan a diseñar un hermoso proyecto arquitectónico cerebral que será finalizado muchos años después del nacimiento. La inducción de las células nerviosas, la proliferación celular, la migración, la diferenciación celular, la agregación, las ramificaciones, la sinaptogénesis, la mielinización y la muerte celular, aunque sean sucesos iniciados en el vientre materno, primer entorno del bebé, sentarán la base para el aprendizaje, el pensamiento, la percepción, los movimientos, la memoria y todas las demás funciones cerebrales. En este sentido, la etapa prenatal deja de ser una etapa de cambios solamente para la madre: es principalmente una etapa donde cientos de cambios pasarán en el cerebro del bebé, preparándolo así para todo lo que va a venir en algunos cuantos meses (p. 5).

Estos estudios son muy importantes porque demuestran que desde los primeros momentos de la vida intrauterina se sientan las bases del desarrollo intelectual, emocional y social del futuro ser humano. Las investigaciones de las neurociencias han cambiado mucho la idea del feto como ente pasivo hacia concebir al niño intrauterino como una parte activa en todo el proceso. Esto transforma la manera en la que los futuros padres y el entorno familiar y social se predisponen a una relación temprana con su hijo/a.

2.2.4 Principales cuidados durante la fase embrionaria:

El proceso de gestación involucra principalmente a dos sujetos. De allí que sea necesario distinguir entre los cuidados enfocados al bienestar de la madre y los dedicados al desarrollo del bebé.

Los manuales de Delahaye (2012) y Sánchez (2007) indican que:

- En primer lugar se insiste en la importancia de la consulta pregestacional que, en el caso de un embarazo planificado, es una herramienta de fundamental importancia para garantizar la salud de la madre antes de la concepción del bebé, evitando posibles complicaciones durante la gestación, para ambos.
- Desde el momento que una mujer tuvo relaciones sexuales sin protección, tiene la duda de una posible concepción. En este sentido no debe exponerse a rayos x, consumir medicamentos, mantener contacto con enfermos contagiosos, y manipular o respirar productos tóxicos.
- Una vez que se produce la primera ausencia de menstruación, se recomienda confirmar el embarazo con una prueba casera y luego acudir al médico ginecólogo. La ausencia de la menstruación no es la única señal de la posible gestación, la mujer puede observar algunos cambios en su vida desde los primeros momentos luego de la concepción, como son: hinchazón de los senos, pequeñas pérdidas de sangre, náuseas, irritabilidad, fatiga y cansancio.
- Desde el momento en el cual la prueba confirma el embarazo, es necesario que la madre deje de fumar, disminuya el consumo de café, suprima totalmente el uso de drogas o bebidas alcohólicas. De la misma manera, la madre debe evitar realizar grandes esfuerzos, cuidarse del agotamiento y, si descubre sangre en su braga, debe recostarse y ponerse en contacto inmediatamente con su ginecólogo.
- A pesar de que Delahaye (2012) y Sánchez (2007) han recomendado hasta el momento dos consultas (la pregestacional y la de confirmación del embarazo) la primera consulta obligatoria se registra al final del tercer mes. En esta consulta el médico ginecólogo realizará un exámen completo en el que analizará las condiciones “del peso, medida de la pelvis, toma de la tensión arterial, auscultación cardíaca y pulmonar completa” (Delahaye, 2008, p. 95). El médico realizará además un “exámen de los senos, del cuello y del cuerpo uterino y una toma de las secreciones vaginales

para su análisis” (Delahaye, 2008, p. 95). Por último, se requerirán análisis de laboratorio de orina y de sangre: los primeros para medir los niveles de azúcar y albúmina, así como determinar posibles infecciones; los últimos, para descartar enfermedades como sífilis, toxoplasmosis o SIDA.

- Una de las principales recomendaciones se relaciona con una adecuada alimentación, que permitirá controlar un adecuado aumento de peso. Pues, tanto un aumento insuficiente como un aumento exagerado, deteriorarán las condiciones de desarrollo y salud del futuro bebé. Para ello se recomienda equilibrar el consumo de glúcidos (azúcares), lípidos (grasas) y proteínas (aminoácidos). Delahaye (2008) presenta esta división para 100 calorías: de 15 a 20 derivantes de las proteínas, de 30 a 35 de origen lipídico y de 50 a 55 de origen glucídico.
- Además se recomienda hidratarse mejor, pues aumenta la masa sanguínea y los riñones aumentan su trabajo.
- Se aconseja también ingerir alimentos que contengan: sales minerales (calcio, sodio, magnesio, potasio, fósforo); calcio en cantidades suficientes para favorecer el desarrollo del esqueleto y dientes del bebé sin producir descalcificación en la madre; oligoelementos (yodo, zinc, hierro y flúor), vitaminas (A, B, C, D). Todos estos elementos se pueden obtener de una adecuada alimentación y a través de suplementos, bajo prescripción del ginecólogo.
- Se recomienda especial cuidado de la piel del rostro, los senos y el vientre de la madre. Una adecuada hidratación obtenida mediante el aseo y cremas o aceites hidratantes previene la “máscara del embarazo” y las estrías.
- Al final de este periodo se recomienda la primera ecografía que permite verificar el tiempo exacto del embarazo, posible riesgo de aborto y gestación gemelar.

Más allá de estos cuidados relacionados con los cambios físicos para la madre y el desarrollo del futuro bebé, es necesario considerar que la gestación implica grandes cambios emocionales en la madre y en la familia. Y que estos cambios pueden influir en el desarrollo

bio-psico-social del niño intrauterino. Sánchez (2007) refiere que “aunque no se dispone de trabajos científicos que demuestren que un feto deseado y amado nacerá con más probabilidad sin complicaciones, los estudios observacionales evidencian que tiene muchas más posibilidades de ser un bebé sano, risueño y sociable” (p. 19). Es por ello que “el pequeño necesita paz, tranquilidad y ternura. Proporcionarle esto será uno de nuestros mejores regalos desde que es concebido” (p. 18). Sin embargo, esta tarea no puede ser cargada únicamente en hombros de la futura madre, pues hay que considerar que su equilibrio emocional está bastante afectado por los cambios hormonales. Entonces, es responsabilidad de su contexto familiar y social contribuir a su tranquilidad, para que ella pueda transmitirla al niño intrauterino.

Desde el punto de vista de la psicología, como ciencia que estudia el comportamiento humano, es necesario tener en cuenta dos perspectivas: en primer lugar, se analizará el proceso de asunción del rol parental que viven las personas que enfrentan la maternidad y la paternidad, en diferentes condiciones bio-psico-sociales “el ajuste a la paternidad y a la maternidad constituye un cambio radical en la vida de los adultos, sobretodo tratándose del primogénito” (Craig y Baucum, 2009, p. 77). Para la madre se puede observar que en muchos casos la maternidad no solamente conlleva obvios cambios físicos, además implica cambios en su desarrollo profesional y social. En el caso del padre, el crecimiento de la familia sin duda supone un aumento en sus responsabilidades, lo cual puede crear tensión y preocupación en la mirada hacia el futuro. Para ambos, es innegable un cambio tan grande tiene efectos psicológicos que en algunos casos pueden llevar a la necesidad de apoyo afectivo y profesional.

En segundo lugar están las consideraciones relacionadas con el hecho que los primeros aprendizajes de la esfera emocional del ser humano inician en la vida intrauterina. Estas reflexiones se profundizarán en el próximo apartado, en la descripción de la fase fetal.

Hasta este momento se ha observado la evolución del proceso de gestación en la madre, el embrión y el resto de la familia y entorno. Se ha podido observar que los actores experimentan cambios de naturaleza biológica, psicoemocional y social. Cada uno de estos aspectos requiere de atenciones y cuidados: en el ámbito físico (alimentación, higiene, controles médicos etc.); en la esfera emocional se perfila la necesidad de una adecuada regulación emocional de la madre, que condiciona los primeros aprendizajes emocionales del embrión y que está profundamente relacionada con el apoyo que le brinde el entorno social (padre del niño, familia, sociedad).

2.2.5 Fase fetal:

De la misma manera que en la fase embrionaria, se reporta a continuación una tabla propuesta por Carlson (2014), en la que se destacan los principales acontecimientos relacionados con el niño intrauterino. A partir del cumplimiento del cuarto mes de gestación,

Tabla 3

Desarrollo del niño intrauterino en el periodo fetal.

| PRINCIPALES ACONTECIMIENTOS DEL DESARROLLO QUE SUCEDEN DURANTE EL PERIODO FETAL | |
|--|--|
| Rasgos externos | Rasgos internos |
| 8 SEMANAS | |
| La cabeza mide casi la mitad de la longitud total del feto. | Herniación del intestino medio hacia el cordón umbilical. |
| La flexura cervical es de unos 30°. | La porción extraembrionaria de la alantoides ha degenerado. |
| Genitales externos indiferenciados. | Se forman los conductos y alvéolos de las glándulas lagrimales. |
| Los ojos convergen. | Los conductos paramesonéfricos empiezan a regresar en los varones. |
| Los párpados no están fusionados. | Recanalización de la luz del tubo digestivo. |
| La cola desaparece. | Los pulmones adoptan un aspecto glanduloide. |
| Las narinas están cerradas por tapones de epitelio. | El diafragma está completo. |
| Aparecen las cejas. | Se inicia la primera osificación del esqueleto. |
| La orina se libera al líquido amniótico. | El cayado aórtico adopta su forma definitiva. |

| | |
|---|---|
| 9 SEMANAS | |
| <p>Se desarrolla el cuello y la barbilla se separa del tórax.</p> <p>La flexura craneal es de unos 22°.</p> <p>El corion se divide en corion leve y frondoso.</p> <p>Los párpados se juntan y fusionan.</p> <p>Los genitales externos empiezan a adoptar un aspecto específico en cada sexo.</p> <p>Deglución del líquido amniótico.</p> <p>Comienza la succión del pulgar y la prensión.</p> | <p>Los intestinos están herniados en el cordón umbilical.</p> <p>Se producen los primeros movimientos musculares.</p> <p>La hipófisis produce ACTH y gonadotropina.</p> <p>La corteza suprarrenal produce corticoides.</p> <p>Están completas las válvulas semilunares del corazón.</p> <p>Los conductos paramesonérficos se unen con la lámina vaginal.</p> <p>En el varón se empiezan a fusionar los pliegues uretrales.</p> |
| 10 SEMANAS | |
| <p>La flexura cervical es de unos 15°.</p> <p>Los genitales externos son distintos en cada sexo.</p> <p>Aparecen las uñas de los dedos de las manos.</p> <p>Los párpados están fusionados.</p> <p>El feto bosteza.</p> | <p>Los intestinos regresan a la cavidad corporal desde el cordón umbilical.</p> <p>Se secreta bilis.</p> <p>Se establecen islotes hematopoyéticos en el bazo.</p> <p>El timo está infiltrado por células madres linfoides.</p> <p>La hipófisis produce prolactina.</p> <p>Se forma la primera yema dentaria permanente.</p> <p>Los dientes deciduos se encuentran en la primera fase de campana.</p> <p>La epidermis tiene 3 capas.</p> |
| 11 SEMANAS | |
| <p>La flexura cervical es de unos 8°.</p> <p>La nariz empieza a tener su puente.</p> <p>Los botones gustativos cubren el interior de la boca.</p> | <p>La musculatura del estómago se puede contraer.</p> <p>Los linfocitos T emigran hacia la corriente sanguínea.</p> <p>Aparece coloide en los folículos tiroideos</p> <p>Comienza la absorción intestinal.</p> |
| 12 SEMANAS | |
| <p>La cabeza está erguida.</p> <p>El cuello está casi recto y bien definido.</p> <p>El oído externo adopta su forma y se ha desplazado casi a su posición definitiva en la cabeza.</p> <p>El saco vitelino se ha retraído.</p> <p>El feto puede responder a la estimulación de la piel.</p> <p>Comienzan los movimientos intestinales (expulsión de meconio).</p> | <p>Los ovarios descienden por debajo del reborde pélvico.</p> <p>Se produce hormona paratiroidea.</p> <p>La sangre se puede coagular.</p> |

| 4 MESES | |
|--|--|
| La piel es delgada; los vasos se ven con facilidad a su través. | Se forma la vesícula seminal. |
| Las narinas están formadas casi por completo. | Aparecen surcos transversos en la superficie dorsal del cerebelo. |
| Los ojos se han desplazado a la parte anterior de la casa. | Se produce bilis en el hígado, y el meconio se tiñe de verde. |
| Las piernas son más largas que los brazos. | Las glándulas gástricas se originan a partir de las fositas gástricas. |
| Aparece el primer lanugo fetal fino en la cabeza. | Se empieza a formar la grasa parda. |
| Las uñas de los dedos de las manos están bien formadas; las de los pies se están formando. | En el cerebro se empiezan a formar las vías piramidales. |
| Aparecen pliegues epidérmicos en los dedos y las palmas de las manos. | Empieza la hematopoyesis en la médula ósea. |
| Hay suficiente líquido amniótico como para hacer una amniocentesis. | Los ovarios contienen folículos primordiales. |
| La madre percibe el movimiento fetal. | |
| 5 MESES | |
| Se forman los pliegues epidérmicos en las plantas y los dedos de los pies. | Empieza la mielinización de la médula espinal. |
| Se empieza a depositar vérnix caseoso en la piel. | Las glándulas sebáceas empiezan a funcionar. |
| El abdomen se empieza a llenar. | La hipófisis libera hormona estimuladora del tiroides. |
| Se desarrollan los párpados y las cejas. | Los testículos empiezan a descender. |
| El lanugo cubre casi todo el cuerpo. | |
| 6 MESES | |
| La piel está arrugada y roja. | Se empieza a secretar surfactante. |
| La decidua capsular se degenera por su escasa irrigación. | El extremo de la médula espinal está a nivel de S1. |
| El lanugo se oscurece. | |
| Detección del olor y el gusto. | |
| 7 MESES | |
| Los párpados se empiezan a abrir. | Empiezan a aparecer surcos y circunvoluciones en el cerebro. |
| Las pestañas están bien desarrolladas. | Se empieza a acumular grasa parda subcutánea. |
| Los pelos del cuero cabelludo se hacen más largos (más que el lanugo). | Los testículos han descendido al escroto. |
| La piel está ligeramente arrugada. | Termina la eritropoyesis esplénica. |
| Comienzan los movimientos respiratorios. | |
| 8 MESES | |
| La piel es lisa y suave. | Regresión de los vasos hialoideos del cristalino. |
| Los ojos presentan el reflejo fotomotor. | Los testículos entran en el escroto. |
| Las uñas de los dedos de las manos han llegado a la punta. | |

| 9 MESES | |
|--|---|
| Las uñas de los dedos de los pies han llegado a la punta. | Se secretan mayores cantidades de surfactante. |
| La mayor parte del lanugo se ha eliminado. | Los ovarios siguen por encima del reborde pélvico. |
| La piel está cubierta de vérnix caseoso. | Los testículos están en el escroto. |
| La inserción del cordón umbilical es ya central en el abdomen. | El extremo de la médula espinal está a nivel de L3. |
| Existe 1 litro de líquido amniótico. | Empieza la mielinización del cerebro. |
| La placenta pesa unos 500 gr. | |
| Las uñas de las manos sobrepasan las puntas de los dedos. | |

Nota. Adaptado de Carlson, (2014). *Embriología Humana y Biología del Desarrollo*. España: ELSEVIER.

En la semana nueve posterior a la concepción (11ma. de gestación) el feto mide 5,5 cm y pesa 10 gramos. Se puede observar un enderezamiento progresivo de la cabeza y se modela el rostro, el cual asume facciones humanas. Los artos superiores e inferiores continúan creciendo y van asumiendo un tamaño proporcionado al resto del cuerpo. Los órganos en la cavidad abdominal están bien delimitados y su corazón late de 110 a 160 veces por minuto. Los genitales empiezan a adoptar su forma externa. Además, Carlson (2014) indica que el feto deglute líquido amniótico y comienza a succionar su pulgar.

En la semana diez después de la concepción (12ma. de gestación), el feto mide 7,5 cm y pesa 18 gramos. Ha adoptado forma humana, puede realizar muchos movimientos espontáneos con su cabeza, artos y manos. Se produce “una multiplicación intensa, como un ramillete de fuegos artificiales, de células nerviosas denominadas neuroblastos. Al final de su maduración, los neuroblastos llevarán el nombre de neuronas” (Delahaye, 2008, p. 144). Inician su formación los bulbos pilosos, donde se originan el cabello y el pelo, y también los brotes de los dientes. Los órganos internos y externos siguen su formación. Además en el páncreas aparecen los islotes de Langerhans, responsables de la secreción de insulina y

glucagón. El hígado tiene un tamaño muy grande porque debe producir células sanguíneas, esta función será asumida por la médula espinal en los dos últimos meses de gestación.

En la semana once (13ra. de gestación), el futuro bebé mide 8,5 cm y pesa 28 gramos. Se forman sus huesos: primero como cartílago, luego aparecen células óseas que darán origen a todo el esqueleto. Aparecen en los bulbos los primeros pelos, entre ellos las cejas. El cerebro se ha dividido en sus diferentes partes, sin embargo todavía no entra en función. Los movimientos que se producen al momento están comandados solo por las fibras sensitivas de los músculos, que producen reflejos simples.

En la semana doce posterior a la concepción (14ta. de gestación), el feto mide 10 cm. y pesa 45 gramos, sigue el desarrollo de su esqueleto, la médula comienza a producir células sanguíneas, avanza el desarrollo de los órganos genitales.

En la semana trece después de la concepción (15ta. de gestación), el bebé mide 12 cm. y pesa 65 gramos. Las articulaciones empiezan a funcionar: ya puede mover sus artos, aunque esos movimientos no están controlados por el cerebro todavía. El feto puede abrir y cerrar su boca, así como succionar y deglutir líquido amniótico, que será expulsado en forma de orina.

En el transcurso del cuarto mes de gestación, es decir de la semana 16 a la 20, el feto crece de 14 cm. a 20 cm., y aumenta su peso de 110 gramos a 240 gramos. En este periodo el futuro bebé se volverá mucho más activo, lo que hará que sus músculos se refuercen y que la madre empiece a percibir sus movimientos con claridad. La piel se refuerza y se distingue el tejido conjuntivo que contiene el colágeno que la hace elástica; además, se sitúan en ella las papilas que permiten el desarrollo del tacto. La piel del feto se recubre por el lanugo. El esqueleto contiene ahora suficiente calcio como para poder ser observado mediante rayos X. En los lóbulos pulmonares se forman los alvéolos que permitirán los intercambios gaseosos cuando el bebé nazca. Los pulmones tienen pseudomovimientos que permiten la entrada y salida del líquido amniótico. Esto es muy importante ya que “la deglución y la respiración requieren una coordinación completa entre los nervios y los músculos” (Delahaye, 2008, p.

184). La retina del ojo comienza a ser sensible a la luz. La glándula tiroidea empieza a secretar la tiroxina. Las fibras nerviosas se recubran por la mielina, que permite la conducción de los impulsos nerviosos. Las células nerviosas alcanzan su número máximo de 12 a 14 mil millones. En el intestino del feto se acumula el meconio, substancia que será eliminada en el nacimiento cuando el intestino funcionará por primera vez.

Durante el quinto mes de gestación, que va desde la semana 21 hasta la semana 25, el feto crece hasta los 28 cm. y llega a pesar 560 gramos. Empieza a moverse mucho más, realiza piruetas, se desplaza en todo el espacio disponible y empuja las paredes del útero con sus manos y pies. Su ritmo de sueño es de entre 16 y 20 horas al día, alternando fases de sueño profundo y ligero. Puede tranquilizarse con el tacto de la madre sobre el vientre a través de caricias. Se diferencian totalmente los órganos sexuales, por lo que es posible saber el sexo mediante la ecografía. Si se trata de una niña, los ovarios contienen 6 millones de huevos, es decir las células sexuales primitivas. El páncreas inicia a secretar insulina, que es la sustancia encargada de regular los niveles de azúcar en la sangre. El futuro bebé es capaz de alcanzar con su pulgar la boca e inicia a ejercitar la succión, que le servirá para alimentarse luego del nacimiento. La piel se engrosa y deja de ser transparente, mientras las glándulas subáceas produce la vernix caseosa. Las células nerviosas pierden su capacidad de reproducción e inician su diferenciación, migran a las diferentes partes del cerebro que “emitirá alrededor de sí ramificaciones denominadas dendritas y una prolongación más o menos larga denominada axón. Los axones formarán los nervios mientras que las dendritas se unirán a las de otra célula nerviosa” (Delahaye, 2008, p. 248). De esta manera se generan los circuitos neuronales.

En el sexto mes de embarazo (26-29 semanas), el bebé pasa de 30 cm. a 35 cm. y de 650 gramos a un kilogramo. El feto realiza de 20 a 60 movimientos cada media hora, reacciona a los sonidos, tanto a los que se producen en el interior del cuerpo de la madre, como a los externos. Luego del nacimiento es capaz de reconocer música que escuchó con frecuencia a partir de este periodo de gestación. El marfil de sus futuros dientes se recubre de esmalte. Es

necesario destacar que una vez que la unión de los nervios por medio de sus dendritas ha formado una red, es importante que las fibras nerviosas se vayan recubriendo de mielina. Este proceso denominado mielinización se inicia en el segundo trimestre de gestación y termina a la edad de veinte años. El papel aislante de la mielina juega un rol fundamental en la transmisión de mensajes en el sistema nervioso. La fase más activa de mielinización va desde el tercer trimestre de gestación hasta los tres años. En este periodo el niño hace sus aprendizajes más relevantes a nivel sensorial, motor y psíquico, como son: la adquisición de la marcha, el lenguaje y el pensamiento coherente.

En el séptimo mes de gestación, que va de la semana 30 a la semana 33 luego de la concepción, el bebé alcanzará un peso de 1700 gramos y 37 cm. de largo. Por este rápido crecimiento, el feto reducirá el espacio que tiene a disposición en el vientre de la madre y sus movimientos se harán menos libres. Hacia el final de este mes adoptará la posición definitiva en preparación al parto. Sus movimientos respiratorios se coordinan. El cuerpo del bebé es capaz de autorregular su temperatura. Los ojos del bebé se encuentran abiertos, aunque aún no tienen visibilidad. Sus cejas y pestañas están bien formadas. El estómago, el intestino y los riñones funcionan activamente debido a la deglución y expulsión del líquido amniótico y el niño desarrolla el sentido del gusto. El oído del bebé sigue desarrollándose, así como el tacto, que son las dos principales vías de comunicación con la madre y con el mundo externo. En el caso del feto varón, los testículos descienden a las bolsas; mientras que en caso de las niñas, las ovogonias se convierten en ovocitos primarios. Así se conservarán hasta su pubertad.

En el octavo mes de gestación, que va de la semana 34 a la 37, el feto crece de 40,5 cm. a 45 cm. y pasa de pesar 1900 gramos a 2400 gramos. El nivel de calcio en la placenta se concentra y supera al de la madre, porque esto favorece la elongación de los huesos. En este periodo del embarazo, la presencia de meconio (substancia residente en el intestino del bebé) en el líquido amniótico, puede determinar el sufrimiento fetal y puede llevar a los médicos a inducir el parto antes de la fecha prevista.

Durante el noveno y último mes de gestación, el bebé alcanza aproximadamente los 50 cm. y un peso de 3300 gramos. Ha perdido el lanugo y su piel ya no está arrugada debido a la mayor cantidad de grasa depositada debajo de ella. El tamaño del bebé ya no le permite hacer movimientos y en el 95% de los casos el feto se ha posicionado con su cabeza para abajo, sus brazos cruzados sobre el pecho y sus piernas dobladas hacia arriba, para ocupar el menor espacio. Todos los órganos del bebé están listos para asumir un funcionamiento independiente a partir del nacimiento.

En esta revisión del periodo fetal paso a paso, es posible observar como el bebé intrauterino va desarrollando física y neurológicamente. Los órganos del ser humano se forman y adoptan su funcionamiento. Melendo (2011) plantea que durante el embarazo, sobretodo en el último trimestre, se activan los sentidos (oído, tacto, vista, gusto), que serán las puertas a través de las cuales el bebé comenzará a relacionarse con su entorno intra y extrauterino. Se observa que a través del oído el bebé aprende a reconocer los sonidos internos y externos al vientre de su madre, especialmente la voz materna. También puede almacenar estímulos positivos (música), negativos (rumores fuertes, gritos). Puede sentir las caricias de su madre u otras personas a través de las paredes de la barriga de la mamá. También puede reconocer estados de luz y de sombra, así como sabores relacionados con los alimentos ingeridos por la madre. Toda esta actividad sensorial permite establecer que el niño intrauterino es un ser sensible y sensitivo, que comienza sus aprendizajes desde el vientre materno.

Melendo (2011) menciona que se ha determinado la existencia de un “psiquismo fetal” definido como “conciencia intrauterina que se manifiesta en reacciones emocionales” (p.43). Melendo (2011) define una emoción como “el resultado de la relación o de la vinculación personal y completamente subjetiva que cada individuo establece con los otros y con la realidad que lo envuelve” (p.18). En este sentido, la autora clasifica a las emociones negativas, como aquellas que producen estados desagradables en las personas (ira, miedo, ansiedad, tristeza, vergüenza, aversión) y positivas, aquellas que producen sensaciones agradables (alegría, amor, humor, felicidad).

En este mismo orden de ideas, Melendo (2011) plantea una definición de bienestar emocional como “un sentimiento de predominio del afecto positivo sobre el negativo en la vida a lo largo del tiempo” (p.20), afirmando que las emociones, tanto positivas como negativas, se aprenden. Fundamenta esta afirmación con estudios del Hospital Universitario de Maastricht (Holanda), que han demostrado que el feto tiene y utiliza una memoria de corto plazo de 10 minutos y de largo plazo de 24 horas. La autora además cita estudios realizados en primer lugar con animales y luego sobre personas en los que se ha llegado a demostrar los efectos de las emociones negativas durante el embarazo sobre los niños:

(...) el primer estudio con seres humanos que se hizo al respecto, empezó en Bristol, con 14.000 mujeres embarazadas a las que se les hizo un seguimiento. Se les midió su ansiedad durante el embarazo y se compararon las consecuencias del 15% de madres más ansiosas para el niño con el resto, observándose que ese 15% de madres más ansiosas duplicaba el riesgo de que el niño manifestara problemas de atención, déficit de atención y trastornos como la hiperactividad (p.39).

Es por ello que la autora, citando a Carballo (2008), se atreve a afirmar que “la vida emocional de la madre es la vida emocional del hijo o de la hija que la habitan” (p.60). En este sentido, la autora propone un programa formativo para trabajar sobre la regulación emocional de las madres y de sus parejas, en donde regular una emoción no significa reprimirla, sino aprender a canalizarla de manera positiva.

Finalmente, Kornas-Biela (2014) determina en su estudio que el futuro bebé, desde el primer momento de su existencia, es parte activa dentro de una comunidad social, conformada en primer lugar por la madre y el padre, y luego por todas las personas que los rodean. Es decir, el niño comienza a construir lazos sociales desde el primer momento de su existencia intrauterina. En el próximo apartado se desarrollará el tema con mayor profundidad.

2.2.6 Cuidado materno-infantil en el periodo fetal:

En este apartado se analizarán los principales cuidados que deberían recomendarse dentro del programa de educación prenatal, en relación con un embarazo normal. Hay que diferenciarlo del embarazo de riesgo, ya que este último “necesita vigilancia más estricta y exámenes particulares” (Delahaye, 2008, p. 178), de acuerdo con la situación específica. Desde este punto de partida, se detallarán los principales posibles riesgos y a partir de ello, las buenas prácticas que permitan evitarlos y favorecer el desarrollo bio-psico-social del niño y el bienestar de la madre.

De acuerdo con las indicaciones dadas por Delahaye (2008) existen determinados factores de riesgo como son:

- La edad de la madre: inferior a los 18 años, superior a los 38 años.
- El número de embarazos previos: superior a 4.
- Embarazos múltiples: gemelos, mellizos y hasta trillizos.
- Embarazos anteriores con problemas: malformaciones o abortos.
- Enfermedades y problemas de constitución de la madre: infecciones, malos hábitos de vida, malformaciones de su aparato reproductor.
- Situación socio-económica de la madre: que no le permita tener condiciones de vida optimales.

En el contexto de esta investigación, dos de estas variables están presentes como factores de riesgo: la edad de la futura madre y las condiciones socioeconómicas. Esta investigación se desarrolló en la Universidad Técnica de Cotopaxi, contexto con un alto índice de embarazos en las estudiantes. Si bien es cierto que la edad con la cual ingresan a la universidad es de 18 años, en muchos casos las futuras madres apenas superan esta edad. Además, el factor étéreo se combina con el hecho de que, tratándose de estudiantes, el contexto socioeconómico no es el ideal para asumir la responsabilidad parental. En primer lugar, por todas las obligaciones y deberes que conlleva el ser estudiante universitario; en

segundo lugar, por la falta de independencia económica; y en tercer lugar, pero no menos importante, por la falta de un contexto social de apoyo. En efecto, en muchos casos los futuros padres tienen la misma edad y las mismas condiciones económicas y edad que las futuras madres. Aunado que, con frecuencia, las familias de los futuros padres y madres viven en otras provincias y/o no tienen las condiciones económicas para apoyarles.

Los factores de riesgo establecidos pueden condicionar el embarazo en varios sentidos: en primer lugar, es notorio en varios estudios que las madres que quieren ocultar sus embarazos, acuden tardíamente a los primeros controles obligatorios (luego del tercer mes de gestación). Esto aumenta los riesgos para el feto y para la madre. En segundo lugar, se ha observado que los estudiantes no tienen adecuados hábitos alimenticios, sin contar que en algunos casos hacen uso de alcohol y drogas. En tercer lugar, las condiciones de vivienda son bastante precarias, lo que puede incidir en los ámbitos relacionados con una adecuada higiene personal y del contexto.

El más importante de los factores, desde el punto de vista de este estudio, es que el precario contexto social en el que están inmersas las futuras madres y los futuros niños, no es el óptimo para favorecer su desarrollo psico-social.

Por todas estas razones, un programa formativo que busque reducir estos riesgos debería estar orientado a fomentar de manera especial un contexto de apoyo social que permita educar a las futuras madres y padres, en la búsqueda de mejores condiciones para el desarrollo bio-psico-social del niño. Por ello se ha considerado la importancia de trabajar desde la educación para mejorar algunos hábitos de vida, entre ellos se mencionan:

Delahaye (2008) en su guía semanal del embarazo establece la necesidad de tres controles obligatorios, uno por trimestre, sin embargo manifiesta que la mayor parte de médicos ginecólogos recomiendan un control mensual a partir de la primera falta de menstruación, en caso de un embarazo normal. Los controles permiten vigilar el normal desarrollo del embarazo, prevenir los riesgos de aborto y controlar posibles enfermedades de la madre que

podrían afectar al normal desarrollo del feto. Sánchez (2007) destaca la importancia de la ecografía y los avances tecnológicos que ha tenido en el tiempo, para el diagnóstico prenatal.

En este mismo orden de ideas, Cano et al. (2006) manifiestan que los controles en el embarazo son una herramienta fundamental para combatir la mortalidad materno-infantil:

La Organización Mundial de la Salud indica que la morbilidad neonatal se reduce en proporción directa a la precocidad de la primera visita de control del embarazo, a un número suficiente de controles durante la gestación y al hecho de recibir una adecuada atención hospitalaria durante el parto (Cano Serral et al., 2006, p. 26).

Sin embargo, los autores en su estudio destacan una fuerte desigualdad de condiciones de control entre gestantes de clases socioeconómicas más y menos favorecidas, resultado que podría probablemente trasladarse al contexto analizado en la presente investigación.

Cano et al. (2006) recomiendan la importancia de la ecografía del quinto mes, que está “encaminada a descartar o detectar la mayor parte de las anomalías congénitas anatómicas que puede presentar el feto” (p. 28).

Existen además una serie de exámenes que Cano et al. (2006) denominan como “invasivos”, por ejemplo, la amniocentesis o la biopsia del corion, que requieren por lo general de una punción y que sirven para confirmar o descartar anomalías cromosómicas en el feto. Este tipo de exámenes son aconsejados por los médicos cuando se tienen sospechas acerca de la correcta formación del feto, por lo cual es común que se realicen en una fase de la gestación en la que sigue siendo legal realizar un aborto terapéutico (22 semanas de gestación en Ecuador). Sin embargo, son exámenes que conllevan un riesgo implícito para el futuro bebé por el uso de agujas.

Cabe destacar otra importancia de los controles médicos, además de los aspectos estrictamente clínicos mencionados hasta este momento. A menudo son la única fuente de educación/información prenatal que reciben los futuros padres. Esta realidad es más palpable

en el contexto ecuatoriano, en donde no son comunes los cursos de educación prenatal gratuitos organizados por entidades públicas.

Otro aspecto en el cual se requiere hacer hincapié para la construcción de un programa de educación prenatal es el tema de una alimentación adecuada. Bujaico, Del Pilar y Quintana (2014) consideran que existen muchos errores y mitos alrededor del tema de la alimentación durante el embarazo, errores que pueden conducir a “problemas de prematuridad y morbimortalidad neonatal, y la obesidad también puede resultar peligrosa para la salud del futuro bebé” (p. 153). Según las autoras, es necesario considerar que “la mujer gestante requiere ser vista no solo como alguien que está formando un ‘producto’, sino como alguien a quien hay que cuidar integralmente, pues en cada período gestacional está mermando sus reservas” (p. 153). Por lo tanto, la alimentación de la gestante es un aspecto fundamental, pues puede favorecer o desfavorecer el desarrollo tanto físico como neurológico del futuro bebé y la salud de la madre. Las autoras mencionadas destacan que las necesidades alimenticias de la gestante aumentan de 285 kcal/ por día si la madre mantiene su actividad física normal; si la reduce, necesitará 200 kcal más por día.

Indican también que para proveer de la energía necesaria, la madre deberá tener aportes alimenticios en los siguientes porcentajes:

- entre el 15 y el 25 % de proteínas, que son las encargadas de aportar aminoácidos esenciales.
- grasas entre el 20 y 25%, debiendo privilegiarse el consumo de aceite de semillas, carne, yema de huevo, pescado y mariscos que favorecen el proceso de mielinización.
- Los carbohidratos deben constituir entre el 50 y el 70% del aporte nutricional que recibe la gestante, debiendo privilegiarse los carbohidratos complejos que contienen almidón y fibra (quinua, kiwicha, arroz, maíz; tubérculos como la papa, camote, yuca; las leguminosas como lentejas, frejol, garbanzos) y aquellos que solo contienen azúcares simples.

- Además Bujaico et al. (2014) recomiendan el consumo de alimentos que aporten:
- Hierro y zinc: ya que la deficiencia de estos dos minerales “está asociada con parto prematuro, peso bajo al nacer y mayor riesgo de la mortalidad materna” (Bujaico et al., 2014, p. 156). El hierro se encuentra principalmente en alimentos como las carnes rojas, algunos mariscos y verduras verdes. El zinc también se encuentra en las carnes rojas, en las vísceras, en algunos mariscos y en los cereales.
- Calcio: si la madre no consume suficiente calcio, la cantidad de este mineral requerida para la formación del feto, mermará sus reservas, razón por la cual suele aconsejarse un suplemento a través de tabletas.
- Vitamina D: favorece la absorción del calcio por parte de la placenta y se adquiere mayoritariamente por exposición a la luz solar.
- Ácido fólico: “La deficiencia de folato durante el período temprano del embarazo está asociada con la incidencia incrementada de defectos del tubo neural y con anomalías cardíacas congénitas” (Bujaico et al., 2014, p. 157). Es por ello que el consumo del ácido fólico se recomienda a partir de tres meses antes del embarazo. Puede ser a través de tabletas aunque también está presente en alimentos como carnes rojas, pescado, huevo, maní, entre otros.

Cabe destacar en cuanto a la alimentación, la especial atención que requiere la higiene y buena cocción de verduras y carnes en relación a la prevención de afecciones como la toxoplasmosis, que pueden tener graves consecuencias para la formación del feto, sobretodo si se adquiriera durante el primer trimestre del embarazo.

Otro tema de cuidado durante el embarazo es el relacionado con la higiene, Sánchez (2007) al respecto recomienda:

- Un baño diario y adecuada (pero no exagerada) higiene genital, para evitar afectar la flora bacteriana.
- Higiene y preparación de los pezones a través de productos específicos.

- Higiene bucodental luego de cada comida.
- Correcta hidratación de la piel de la barriga y los senos.
- Evitar productos invasivos como lacas y tintes de pelo.

Un tema de fundamental importancia durante el embarazo es el del ejercicio físico, por dos razones esenciales: control de subida de peso y preparación al parto.

Márquez, García y Ardila (2012) realizan un estudio de revisión y determinan que la ganancia exagerada de peso durante el embarazo “se asocia a mayor riesgo de hipertensión arterial, eclampsia, DMG y macrosomía fetal, sepsis, complicaciones del parto, muerte fetal, cesárea” (p. 403).

En este sentido, se recomienda realizar una actividad física relacionada con los hábitos de vida anteriores al embarazo, es decir, el embarazo no puede ser el punto de partida para iniciar a hacer deportes demasiado fuertes si antes se conducía una vida sedentaria. Se recomienda la caminata. No se recomienda la actividad física en embarazos con riesgo de aborto o nacimiento prematuro. La actividad física debería estar monitoreada por un especialista del área, quien evaluando las características propias de cada embarazo pueda recomendar la actividad física propicia.

De la misma manera, algunos autores recomiendan que la madre pueda realizar ejercicios de respiración durante el último trimestre. Dichos ejercicios contribuyen a superar la sensación de sofoco y serán muy útiles para controlar el dolor durante el parto. Además, los ejercicios de respiración pueden ser considerados como una técnica para el control del estrés.

Velázquez (2018) manifiesta que la relajación, basada en técnicas de respiración, “reduce la tensión corporal y mental, proporciona una sensación de descanso y liberación de las preocupaciones (estrés), con la práctica se puede llegar a un estado de total relajación” (p.25).

En este sentido, la autora clasifica los ejercicios de respiración de la siguiente manera:

- Respiración abdominal: produce una relajación física y mental rápida por lo que es aconsejable en momentos de mucho estrés como el parto. Proporciona gran cantidad de oxígeno al feto.
- Respiración torácica: lleva gran cantidad de aire a los pulmones, aumentando el diámetro costal. Ayuda en el momento del parto.

En el caso de un programa educativo prenatal para estudiantes universitarias, hay que considerar la importancia de recomendar la inmediata suspensión del hábito del tabaquismo y del consumo de alcohol y drogas, ya que podían dañar gravemente al feto. Además, se recomienda no automedicarse y no consumir fármaco alguno sin prescripción médica.

Por último, es necesario recordar la importancia que tiene el entorno social para el desenvolvimiento de un embarazo sereno, tanto para la madre como para el futuro niño. Como se manifestó anteriormente en el estudio de Melendo (2011) sobre las emociones durante el embarazo, la vida emocional de la madre y del bebé están íntimamente ligadas. Es por ello que a continuación se presentan algunas reflexiones importantes sobre los cuidados psicológicos, emocionales y sociales que se deberían tener en cuenta durante el embarazo.

Melendo (2011) a través de la revisión de literatura, descubre un resultado importante: el feto aprende en el vientre. A la luz de este resultado es necesario, siguiendo a Herrán (2015), distinguir los aprendizajes que se pueden dar por procesos de estimulación y los que se desarrollan con una intencionalidad educativa. Hurtado, Cuadrado y Herrán (2015) expresan que “en ningún caso la educación prenatal hace referencia a procesos agresivos, artificiales, ni biológicos, ni instructivos” (p. 154). También señalan que la educación prenatal tiene como base “la comunicación para el desarrollo del conocimiento o de significados (emocionales, cognoscitivos, psicomotrices, etc.) sobre la realidad exterior e interior. En el ámbito prenatal esa comunicación educativa está indisolublemente unida al intercambio biológico y para su salud” (p. 154).

Es por las razones mencionadas que estos autores acercan la educación prenatal a la “educación prenatal natural” teorizada por Bertin (2006):

Consiste en pequeñas acciones comunicativas con base en la conciencia pedagógica de su alcance formativo: sentir al bebé, amarle consciente, naturalmente, acariciarle, comunicarse con él en situaciones funcionales variadas, pensar positivamente en él, hablarle, cantarle, admirar la belleza en la naturaleza, en el arte y en los seres humanos, imaginando y deseándole las mejores y más maravillosas cualidades humanas, etc. Conciérne también, por tanto, al estilo de vida y a la formación de la madre durante el embarazo: alimentarse con comida sana, variada y equilibrada, cuyos nutrientes aporten energía; evitar sustancias perjudiciales (alcohol, tabaco, drogas, etc.); oxigenar su sangre con una buena respiración; tener sentimientos y emociones positivas; evitar en lo posible conversaciones, lecturas, música o espectáculos violentos o deprimentes; tener pensamientos positivos; utilizar su imaginación creadora para impregnar a su bebé prenatal de las más bellas imágenes y para sensibilizarle con los más nobles valores humanos; adquirir conocimientos significativos y formativos como principal educadora prenatal, etc. El papel del padre también es muy importante. Puede adquirir y compartir conocimientos con la madre, comunicarse educativamente con el bebé prenatal con la voz, tocarle, acariciarle, y sobre todo facilitar y darle alegría y confianza a través de una madre feliz y segura de sí misma, en tanto que madre, de su situación y de sus acciones educativas. (Hurtado Fernández et al., 2015, p. 154)

Siguiendo esta línea de pensamiento, se recomiendan algunos cuidados que pueden tener la madre y el entorno, orientados a crear y fortalecer un vínculo positivo con el bebé intrauterino. En este sentido, Carballo (2019) plantea:

Los futuros padres deberían prepararse emocionalmente antes de la concepción “con el objetivo de liberar todos los bloqueos, traumas, miedos... que tengamos, a fin de no legárselos a nuestros hijos” (p.91).

La concepción debería ser un “acto de amor consciente guiado por el amor entre la pareja y hacia el ser que van a concebir” (p.92). La autora menciona que Platón en su libro *Las Leyes* decía que “la tranquilidad del alma en el momento de la concepción era una condición fundamental para la creación de un ser sano” (p.92). La autora también menciona que en los Vedas se recomienda que el estado propicio para la fecundación debe contener “belleza, amor y armonía”.

Llegando al momento de la gestación, la autora compara el proceso de formación del ser humano con la creación de una obra de arte. En este proceso, Carballo (2019) menciona que “todo lo que la madre vive, el bebé lo vive” (p.94) por la vía hormonal “cuando estamos en un estado de bienestar, segregamos las endorfinas, las llamadas hormonas de la felicidad” (p.95). Por otro lado, la autora dice que los gestos de afecto generan la oxitocina “hormona del amor” (p.95). A través de estas dos hormonas, el bebé intrauterino experimenta la alegría y el amor y los aprende tempranamente. Sin embargo por la misma vía hormonal se pueden transmitir estados emocionales negativos, a través de las catecolaminas, que se producen en estados de angustia, tristeza, miedo y preocupación. Esta afirmación se confirma también por el descubrimiento de las neuronas en huso o neuronas de von Economo (neuronas de la sociabilidad) y las neuronas espejo o neuronas especulares (neuronas de la imitación), que provocan en el cerebro del bebé las mismas emociones e intenciones de la madre.

En este sentido, Hurtado (2019) menciona que “la madre, con sus pensamientos, sentimientos, su forma de vivir, sus estados interiores, puede “educar” al niño/a antes de que nazca” (p.71). Carballo (2019) es enfática en decir que esta responsabilidad no puede ser cargada únicamente a la madre; el padre, la familia y el entorno social deben favorecer

estados mentales y emocionales positivos en la madre, para que ella pueda transmitirlos al feto.

Carballo (2019) recomienda algunas claves para favorecer estados emocionales positivos en la madre y el bebé:

- Está biológicamente demostrado que la madre puede condicionar el desarrollo de su bebé a través de la imaginación “Todas las imágenes en las que se concentre, cree y mantenga trabajarán para el futuro de su hijo/a. Puede imaginárselo: amoroso, sano, bondadoso, inteligente...” (p.96).
- Rodearse de belleza “la belleza inspira, eleva el espíritu y produce un profundo bienestar y felicidad” (p.96). Esto podría realizarse a través de actividades artísticas o el contacto con la naturaleza.
- Alimentarse bien. La autora no hace énfasis solo en la importancia de los alimentos ingeridos, sino también en el ambiente y las condiciones psicológicas en las que se ingieren los alimentos.
- Hablar con el bebé “él capta fundamentalmente el tono emocional y a través de él se siente amado, deseado, acogido”. La autora indica que el bebé puede familiarizarse no solo con la voz de la madre, sino también la del padre. Otra manera de estimular esta relación puede ser a través del canto.
- Acariciar el vientre.

Hurtado (2019) menciona que este tipo de educación prenatal, con enfoque natural, previene desórdenes físicos y psicológicos

(...) esta educación, ofrecida de manera natural por la madre y el padre a través de su forma de vivir, el cuidado amoroso hacia su bebé prenatal, sus pensamientos y sentimientos hacia él, influencia al bebé prenatal en las raíces de su vida y participa en la construcción de su cuerpo, psiquismo y carácter (p.73).

Hasta el momento se hizo una revisión del desarrollo bio-psico-social del niño intrauterino en sus dos fases: embrional y fetal. Para ello se han tenido en cuenta estudios elaborados desde diferentes ramas de la ciencia, tales como la medicina, la embriología, la ginecología, la psicología, y también algunas reflexiones realizadas desde la pedagogía y las ciencias humanas. Además, se han considerado algunas recomendaciones para el cuidado materno-infantil durante la gestación, mismas que podrían tenerse en cuenta para la construcción del programa de educación prenatal. En la última parte, se han considerado algunas estrategias educativas que pueden permitir la vinculación socio-afectiva del niño intrauterino, su familia y su comunidad. Para ello se han tenido en cuenta los avances neurológicos del niño en las diferentes fases de la gestación y algunos estudios realizados desde el área de la estimulación temprana. A continuación, se propone una revisión en la misma línea integral (bio-psico-social) del parto, desde la experiencia de la madre, el niño, el padre u el entorno familiar y social.

2.3 Fundamentos epistemológicos para el programa formativo en preparación al parto respetado y empoderado.

Antes de hablar de parto respetado es necesario definir primero qué es un parto o nacimiento.

Toscani (2016), citando a Messina (2014), determina que el nacimiento es el proceso “expulsión completa o extracción de un feto de la madre, independientemente de que el cordón umbilical esté cortado o la placenta adherida” (p. 117). Toscani (2016) explica además que existen dos tipologías de parto, el denominado vaginal, normal o natural, que es cuando el feto es expulsado por el canal vaginal. El segundo tipo de parto es la cesárea, que Toscani (2016) define como el “nacimiento del feto a través de incisiones en la pared abdominal (laparotomía) y la uterina (histerotomía)” (p. 117).

Besio (1999) manifiesta que la cesárea se trata de una práctica que se realizaba ya en el Imperio Romano, donde en el mejor de los casos, se conseguía salvar la vida del feto, pero siempre conllevaba la muerte de la madre. Con el avance de la ciencia y gracias a la

“introducción de la sutura uterina, asepsia quirúrgica, antibióticos y transfusiones sanguíneas” (p. 1121), la cesárea se ha convertido en “una herramienta utilísima para asegurar la sobrevivencia del feto y también de la madre en diversas condiciones de riesgo obstétrico” (p. 1121). Es por ello que hay que manifestar que las dos tipologías de parto pueden realizarse con el debido respeto hacia la experiencia de la madre y del niño, pues también la cesárea, a pesar de ser una intervención quirúrgica, tiene el objetivo principal de garantizar la seguridad materno-infantil.

A pesar de ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) alerta sobre el aumento excesivo de cesáreas no siempre utilizadas en beneficio de la salud materno-infantil, ya hay que considerar que la cesárea implica una “incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido, y generalmente requiere anestesia regional o general, o sedación profunda para controlar el dolor” (Toscani, 2016, p. 117) lo que constituye un riesgo tanto para la madre, como para el niño.

En este sentido, la autora mencionada analiza en su estudio las causas del fenómeno detectado por la O.M.S. y llega a establecer que sus orígenes están relacionados, entre otras cosas, con un aumento del intervencionismo médico en el embarazo y parto, que han llegado a ser considerados y tratados como enfermedad. Además, otro factor relevante es la convicción de que con la cesárea se puedan controlar los riesgos inevitables que conlleva un nacimiento, evitando posibles denuncias para el personal médico, que han proliferado en los últimos años. A este fenómeno subyacen también razones de tipo económico, siendo que el aumento se verifica sobretudo en el sistema de salud privado.

Sin embargo, es importante señalar que hablar de parto respetado no significa oponerse a los avances de las ciencias médicas, pues es contradictorio que con respecto a la atención institucionalizada del parto “en los países desarrollados, en donde estas prácticas se han convertido en habituales, se está empezando a cuestionar el valor de estos grados tan altos de intervencionismo. Al mismo tiempo, los países en desarrollo están intentando que toda

mujer tenga acceso a un parto seguro” (Organización Mundial de la Salud, 1996, p. 1). La OMS con esta declaración da un enfoque contextual al cuidado durante el trabajo de parto, al tiempo que deja claro que para un parto respetado, la base es que las instituciones médicas y su personal garanticen la seguridad de la madre y del niño. Es así que también se puede hablar de parto respetado en casos en los que las cesáreas se hacen con el afán de garantizar el bienestar y la seguridad maternofoetal y manteniendo algunas atenciones hacia la experiencia de la madre y del niño.

Asimismo, luego de analizar un elevado número de definiciones de parto respetado, Biurrún y Goberna (2013), consideran que este no puede ser confundido con un movimiento antitecnológico ni con un regreso al pasado, sino más bien “convertir a la mujer en el centro de la atención, facilitarle apoyo emocional y prestarle una atención clínica fundamentada en la evidencia científica” (p. 62).

Hablar de parto respetado siguiendo las reflexiones de Odent significa encaminarse en un análisis en la cual el parto es un proceso fisiológico de la mujer y el niño que debe ser lo menos perturbado posible. Después de 30 años de investigaciones, este médico francés realiza un paralelismo entre los nacimientos humanos y los que suceden en el mundo animal . En su texto pone un ejemplo de una niña que vivía en una granja y a la que se había encomendado vigilar el nacimiento de los cerditos. El padre le había dado como única indicación “procura que no te vean nunca, debes pasar desapercibida. Si la hembra se siente observada el parto será más largo, más difícil y más peligroso, y después del nacimiento podría suceder que la madre no se ocupara de sus cerditos” (p.24). La explicación científica de esta anécdota es explicada en el mismo texto por una neurofisióloga: “en general los mensajes que el Sistema Nervioso Central envía a los genitales son inhibidores”. En este sentido, Odent (2009) argumenta que la formación de obstetras y comadronas actualmente no tiene en cuenta de los factores que realmente pueden facilitar o inhibir los procesos de parto, factores que tienen que ver con el ambiente y la intimidad. Por lo general, los partos en la actualidad se llevan a cabo en contextos medicalizados, llenos de profesionales

irrumpiendo de manera poco cautelosa en los procesos. Repletos de aparatos electrónicos cuyo uso no garantiza menores niveles de mortalidad materno-infantil.

Es importante resaltar que en el Ecuador existen dos propuestas que buscan mejorar la experiencia del nacimiento para la madre y el niño:

- La primera “Proyecto de Ley Orgánica de Parto Humanizado” presentada por la ex-asambleísta Gabriela Rivadeneira, el 15 de marzo de 2016.
- La segunda “Proyecto de Ley de Práctica Intercultural para el Parto Humanizado en el Sistema Nacional de Salud”, presentada por la ex-asambleísta Lourdes Tibán, el 15 de marzo de 2016.

La primera propuesta nace luego de haber detectado en el sistema de salud ecuatoriano “violencia obstétrica relacionada con la falta de respeto por la autonomía de las pacientes y su derecho a la información; con la deficiente atención y acceso de las mujeres a servicios de salud reproductiva de calidad, así como con los fallos del sistema social de salud para atenderlas durante el embarazo, parto y puerperio” (Rivadeneira, 2016, p.2). Esto ha conducido a un incremento de las cesáreas que, según la autora, corresponden al 32.83% del total de partos y que solo el 51.84% de los casos presentan una correlación clínico-quirúrgica. Es por ello que se considera importante establecer parámetros que permitan un mayor control de los procesos médicos, con la finalidad de disminuir “el riesgo en la salud del binomio madre-hijo” (Rivadeneira, 2016, p.1) y “reducir gastos institucionales” (Rivadeneira, 2016, p.1).

La segunda propuesta se origina en consideración de la riqueza étnica del Ecuador. En este país existen trece nacionalidades indígenas, con características culturales propias. Cada una de ellas generan necesidades específicas de atención a las que, en muchos casos, la institucionalización del parto no ha podido dar respuesta. En esta propuesta se valorizan algunos de los conocimientos ancestrales de las culturas del Ecuador, con la finalidad de que los nacimientos puedan seguir constituyéndose en “una ceremonia colectiva, donde la familia,

la vecindad y la comunidad automáticamente se movilizan” (Tibán, 2016, p. 3) y participan activamente del proceso.

Además el Ecuador ha accedido al proyecto de la OMS “Amigos de la madre y el niño” (ENSAMyN). De allí que el Ministerio de Salud posea una normativa para que los establecimientos que así lo deseen puedan obtener la certificación ENSAMyN. En esta normativa se contemplan muchos de los aspectos relacionados con el parto respetuoso.

Con base en las anteriores consideraciones, todas las reflexiones consideradas de aquí en adelante sobre el parto respetado, pueden ser aplicadas indistintamente para un parto vaginal como para un parto por cesárea.

2.3.1 El respeto del tiempo y del espacio.

Las reflexiones de Toscani (2016) sobre el respeto al parto indican “el derecho al parto natural, respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos, que evite prácticas invasivas y el suministro de químicos y medicación no justificada” (p. 121). En su estudio sobre las causas del excesivo aumento de las cesáreas, la autora identifica como una de ellas la comodidad de los médicos de programar el momento del parto, además del hecho que con la cesárea no deben atender a la mujer por todo el tiempo que puede extenderse un parto vaginal.

Otras intervenciones que pueden alterar el respeto de los tiempos normales de un parto son la inducción o conducción de un parto a través del uso de medicamentos, si estas no se encuentran justificadas en un riesgo para la madre o para el niño. Es decir, el personal médico, a través del partograma, puede monitorear los tiempos de la labor de parto, lo que le permite intervenir solamente en el caso de que existan riesgos para la madre o para el niño.

Además la OMS hace mucho énfasis en la incidencia que tiene el lugar/espacio en el que la mujer va a dar a luz en la experiencia de parto. En su guía de cuidados para el parto normal elaborada en 1996, la OMS realiza un profundo análisis de los cambios que se han generado a partir del fenómeno de medicalización de los partos, que los ha trasladado de los hogares

a las casas de salud. En este análisis se señala que un parto en casa que no cuente con determinadas condiciones pone en riesgo la salud de la madre y del niño. No obstante, las condiciones extrañas e inhóspitas de los hospitales en muchos casos no favorecen el bienestar materno-fetal. La OMS concluye que, más allá de que el parto sea atendido en una casa o en un hospital, el lugar en el que la mujer elija tener a su hijo “debe ser un sitio donde toda la atención y cuidados se enfoquen en sus necesidades y su seguridad, tan cerca como sea posible de su casa y su cultura” (p. 22).

Cuidar el ambiente para que este responda a las necesidades de la parturienta se conecta con otras dos indicaciones de la OMS. La primera, que se profundizará a continuación, es que la mujer pueda estar acompañada por su pareja o por alguna persona de su confianza; la segunda, que se le permita ingerir alimentos o bebidas, pues el parto puede durar varias horas y la mujer necesita mantener sus energías para soportar de mejor manera el dolor y tener mayores fuerzas para la fase de pujo. Sin embargo, en algunas instituciones de salud, cuando una mujer entra en labor de parto, se le realizan enemas y se la mantiene en ayunas. La OMS en su informe indica que no existe la evidencia científica que determine la necesidad de estas dos últimas prácticas.

Finalmente, la OMS indica en su guía la necesidad de cuidar la limpieza de los ambientes e instrumentos que se utilicen durante el parto para garantizar la salud de la madre y del niño.

2.3.2 La posibilidad de estar acompañados:

La OMS en su guía para el parto del 1996 señala que existe evidencia científica de los beneficios que tiene el apoyo durante la labor de parto. Según el análisis elaborado por este organismo, el apoyo durante el parto puede ser brindado por una figura familiar (pareja, madre, amiga etc.) o por una figura profesional como es el caso de las doulas. Éstas son definidas por la OMS como “una mujer, que tiene una formación básica acerca del parto y que está familiarizada con una gran variedad de métodos de atención hacia las personas” (p.22). Estas figuras tienen la función de contribuir al bienestar y a la tranquilidad de la

parturienta, brindándole a la mujer apoyo físico y moral para que pueda soportar de mejor manera el dolor.

El estudio realizado por Wallace y Lara (2009), realizado en Chile y basado en otros análisis de la Biblioteca Cochrane, determina que, las mujeres acompañadas durante el parto “tienen mayores tasas de partos vaginales espontáneos” y además experimentan “menos dolor y requieren menos analgésicos e intervenciones quirúrgicas” (p. 50).

Por último, en el “Proyecto de Ley de Práctica Intercultural para el Parto Humanizado en el Sistema Nacional de Salud”, presentado por Tibán (2016), su autora hace énfasis en los conocimientos ancestrales de las comunidades indígenas del Ecuador, para indicar que:

- El parto es una acción colectiva en la que participan la partera y la familia.
- La mujer durante el parto requiere calor corporal y afectivo.
- El compañero o conyúge ayuda moral y afectivamente a la mujer en el parto, brindándole confianza y seguridad.

Tibán (2016) señala que la cosmovisión indígena

Sostiene que en el proceso de embarazo y parto la dualidad se expresa en que: el hombre fecunda, la mujer gesta, el hombre sostiene, la mujer se abre, el hombre protege, la mujer nutre, así el parto se convierte en un espacio para aprender, compartir y disfrutar (p. 4).

En el proyecto de Ley presentado por Rivadeneira (2016) se expresa que “el parto humanizado promueve la participación activa de la mujer y el de su pareja en el acontecimiento del parto” (Rivadeneira, 2016, p.5).

En conclusión, es un derecho de la mujer estar acompañada durante el parto por su pareja o por la persona que pueda garantizarle confianza y seguridad.

2.3.3 El profesionalismo y la humanidad del personal médico.

Como se manifestó en la parte inicial de este capítulo, hablar de parto respetado y/o humanizado, no significa oponerse a los avances científicos y a la participación de personal con conocimientos médicos en el proceso de nacimiento, sino más bien que estos se pongan al servicio de la mujer y del niño para garantizarles su seguridad, con el mayor respeto posible por su experiencia y vivencia.

La OMS reconoce como personal sanitario para un parto normal: el obstetra-ginecólogo, el médico de cabecera o la matrona.

En la guía de la OMS se dá particular importancia a la función de la matrona o comadrona: “él o ella es una persona competente en obstetricia entrenado especialmente para el cuidado del parto normal” (Organización Mundial de la Salud, 1996, p. 10). Existen diferentes programas de capacitación que preparan a la matrona para que “identifique factores de riesgo, reconozca el inicio de complicaciones, lleve a cabo observaciones de la madre y monitorice la condición del feto y del niño después del nacimiento” (Organización Mundial de la Salud, 1996, p. 9). Los estudios realizados por la OMS determinan que en muchos países las matronas operan en las diferentes casas de salud con muy poca supervisión, por lo que determinan que “es la profesional más apropiada y económica, para ser asignada al cuidado de un embarazo y de un parto normal” (p. 11).

Sin embargo, no se puede minimizar la importancia del personal obstétrico y ginecológico, cuya intervención en casos de riesgo es de fundamental importancia para garantizar la seguridad de la madre y del niño. La misma OMS señala que en países con menos desarrollo, el menor acceso a instituciones de salud con personal capacitado constituye un serio factor de riesgo para los nacimientos. En este sentido, la formación del personal médico es de vital importancia, pues “la obstetricia es una de las ramas de la medicina menos predecibles. Hay muchas urgencias imprevistas, y por ello, numerosos juicios por mala praxis” (Toscani, 2016, p. 118).

Cabe también señalar que la OMS, en su Guía para el parto normal del 1996, ha elaborado una clasificación de prácticas médicas:

- Prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas
- Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces y que debieran ser eliminadas
- Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema.
- Prácticas que con frecuencia se utilizan inadecuadamente

No se transcriben por cuestión de extensión, pero deberían ser consideradas por el personal médico, a fines de garantizar el parto respetado.

Además de bien capacitado a nivel profesional, es necesario que el personal médico tenga un adecuado trato con la paciente, pues se habla universalmente de los malos efectos de la violencia gineco-obstétrica. En su proyecto de ley, Rivadeneira (2016) identifica las siguientes formas de violencia:

- Omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas
- Obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.
- Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de las técnicas de aceleración, sin obtener consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- Practicar la cesárea aún cuando existen condiciones para el parto humanizado, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; o en caso contrario, limitar el derecho de la mujer a que se practique una cesárea cuando el parto humanizado sea imposible o complicado, poniendo en riesgo tanto la salud de la madre como la del bebé.

A partir de la violencia identificada en el trato recibido por las parturientas en las casas de salud, Tibán (2016) establece en su propuesta de ley los siguientes derechos para la mujer:

- A ser tratada como persona sana, protagonista en su cuerpo y en su parto.
- A estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el parto.
- A recibir un trato personalizado que garantice su intimidad durante el parto.
- A un parto que garantice el respeto por los procesos naturales y por las condiciones culturales y creencias ancestrales de cada mujer.
- A la libertad de posición.
- A servicios de salud seguros, de calidad y calidez.
- A no ser sometidas a ninguna práctica o intervención sin la información y el consentimiento previo.
- A ser informada sobre los beneficios de la lactancia materna.
- A ser informada sobre el desarrollo del parto.
- A tener a su lado a su hijo o hija, salvo el caso de que este requiera de cuidados especiales y en este último caso, a la internación conjunta.
- A recibir información en su propia lengua.
- A tener acceso continuo a su hijo o hija, mientras las condiciones de salud lo permitan.
- A decidir el destino de la placenta.
- A conservar su vestimenta, a condición de que esté limpia.

Para garantizar que estos derechos sean respetados por parte del personal sanitario, el Art. 17 de la propuesta de ley de Rivadeneira (2016) establece que “las instituciones y entidades de salud, de forma periódica, capacitarán al talento humano en la atención de partos humanizados, partos humanizados interculturales y partos por cesárea” (p. 16).

En conclusión, toda mujer tiene derecho a ser atendida durante el parto por personal con el adecuado conocimiento científico y profesional, además que con la calidez humana que requiere un proceso tan delicado como es el nacimiento.

2.3.4 El rol pedagógico del personal de salud y la toma de decisiones.

En tiempos anteriores, el personal sanitario, era considerado como dueño del conocimiento, lo que lo facultaba para tomar decisiones sin consultar al paciente. La relación existente entre el médico y el paciente era de tipo sujeto-objeto, algo muy parecido a lo que sucedía en la educación tradicionalista en la relación maestro - alumno.

La falta de información y conocimiento puede llevar a la gestante a tomar decisiones poco adecuadas “muchas veces las embarazadas se resisten a un parto normal por la falta de conocimiento sobre todo el proceso de gestación y parto. Muchas creen que en un parto normal, arriesgarían su vida o la del bebé” (Rivadeneira, 2016, p. 8). Por el contrario, en caso de la población indígena del Ecuador, la inadecuada información genera temor y resistencia hacia las instituciones y personal de salud.

Es por ello que las dos propuestas de ley existentes en Ecuador para el parto humanizado enfatizan el derecho de la mujer a la información durante el desarrollo del embarazo y del parto y frente a cualquier práctica o intervención médica.

El deber del personal médico de informar a la parturienta, lo pone frente a frente con ella y lo obliga a establecer una relación para poder informarla. Sin embargo, si la relación se queda en un nivel informativo, sigue siendo jerárquica e inequitativa, pues el médico sigue siendo la persona que toma las decisiones con respecto a las intervenciones que se deben realizar.

Por su parte, las dos propuestas de ley para el parto humanizado establecen que toda intervención médica debe obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, lo que obliga al personal de salud a consensuar las decisiones. Es en este momento cuando la práctica médica asume un carácter pedagógico, pues el personal de salud se ve obligado a reconocer en la parturienta a un sujeto con capacidad y autonomía para tomar decisiones sobre su cuerpo y convertirse en la protagonista de su parto. El personal sanitario por su parte pone su conocimiento y experiencia al servicio de la mujer, para que esta tenga la posibilidad de elegir de manera consciente cómo llevar a cabo el nacimiento de su hijo.

Numerosos estudios han hablado en la actualidad de la importancia de que la mujer juegue un rol activo en la toma de decisiones que condicionan el trabajo de parto y el parto. Biurrun y Goberna (2013), citando a Misago y Kendall (2001), establecen que uno de los principios fundamentales para hablar de parto respetado es “«empoderar» a la mujer, fomentando su “participación activa y su toma de decisiones en todos los aspectos de su propio cuidado” (p. 64).

Biurrun y Goberna (2013) citan publicaciones de la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, celebrada en Brasil en el 2000, en la que el parto se considera:

un proceso de comunicación y cuidado entre las personas que lleva a la autotransformación y la comprensión del espíritu fundamental de la vida y a un sentido de compasión y unidad con el universo, el espíritu y la naturaleza, los miembros de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global, y también con otras personas en el futuro, así como con las generaciones pasadas (p. 64)

Esta definición, al hablar de autotransformación y comprensión, hace pensar en el parto como en un proceso de descubrimiento, remarcando la originalidad de cada cuerpo, de cada experiencia, de cada situación, de cada nacimiento. Si cada parto es único y original, se convierte en una experiencia de aprendizaje, tanto para la mujer que descubre y conecta con su propio cuerpo y entorno, como para el personal sanitario, que no puede controlar el proceso de manera total.

Toscani (2016) indica que “es importante fomentar la escucha de la mujer gestante, conocer su historia, la de su familia, sus miedos, sus antecedentes, dialogar con ella y su pareja, y educarla sobre las capacidades físicas de su cuerpo, para que ella misma lo respete y pueda hacerlo respetar” (p. 122).

Odent (2009), plantea que la medicina ha creado la idea de que la mujer debe “aprender a dar a luz” (p.23) y que esa función la cumple el personal sanitario. El médico francés considera que este pensamiento se debe a la falta de comprensión del parto como un proceso

fisiológico, muchas veces involuntario, que “pone en juego estructuras arcaicas, primitivas, mamíferas del cerebro” (p.23). Por lo tanto, hablar de parto empoderado significa en primer lugar, entender al nacimiento como un proceso fisiológico natural; y por otro lado, confiar en el conocimiento propio del cuerpo de la mujer para llevar adelante el proceso.

En conclusión, cuando el personal de salud reconoce la capacidad y la autonomía de la parturienta para tomar decisiones dentro a su proceso de parto, se establece una relación no jerarquizada, de sujeto a sujeto, en la que el personal médico pone su conocimiento al servicio de la mujer, para que ella pueda asumir un rol protagónico. Además la originalidad de cada nacimiento, lo convierten en una experiencia de aprendizaje. Es así que entre el médico y la parturienta, nace y se establece una relación de carácter pedagógico, que tendrá necesariamente una fuerte componente de humanidad.

2.3.5 El respeto por el dolor y la capacidad de soportarlo.

En la guía de la OMS para el parto normal se establece que “casi todas las mujeres experimentan dolor durante el parto, pero la respuesta de cada mujer a este dolor se manifiesta de forma diferente” (p. 24).

La OMS (1996) indica que para el alivio de los dolores de parto existen métodos no farmacológicos y farmacológicos de los que la mujer debería estar informada antes del inicio de la labor de parto.

Entre los métodos no farmacológicos se encuentran en primer lugar el apoyo que se puede recibir de un acompañante, que ya estableció anteriormente, contribuye a soportar de mejor manera el dolor.

La mujer debe ser dejada libre de enfrentar el parto en la posición en la que mejor se sienta en las diferentes etapas del mismo. La propuesta de Ley de Tibán (2016) establece entre los derechos de la mujer, la posibilidad a elegir su posición, ya que la práctica médica en los años

ha obligado a la mujer a dar a luz en posición supina, mientras que las mujeres indígenas ecuatorianas tradicionalmente han adoptado partos verticales.

La OMS indica que:

Muchas mujeres sienten alivio del dolor tomando una ducha o un baño. También parecen ser efectivos los masajes por el acompañante. Estos métodos se usan frecuentemente en combinación con otras estrategias, incluyendo prácticas psicosomáticas como hipnosis, música y retroalimentación. Lo mismo ocurre con los métodos que ayudan a la mujer a hacer frente al dolor mediante técnicas para concentrar la atención, técnicas de respiración, relajación y preparación oral, alejando la atención del dolor (p. 25).

Además se indica que el alivio del dolor tiene componentes contextuales que varían de una cultura a otra.

Entre los métodos farmacológicos se pueden citar:

- utilización de alcaloides opiáceos, el más común de ellos la Petidina,
- analgesia regional (epidural, causal, paracervical, espinal)

La propuesta de Ley para el parto humanizado de Rivadeneira (2016) establece como derecho de la mujer la libertad de elegir el tipo de parto (natural o por cesárea). Sin embargo, dentro de esta libertad para la toma de decisiones, la mujer debe poder elegir de manera informada, de qué manera hacer frente a los dolores de parto y si hace uso de métodos farmacológicos o no farmacológicos.

A pesar de ello, la OMS indica que “no hay duda de que la anestesia epidural es muy útil en un parto complicado. Sin embargo si ésta es aplicada a mujeres de bajo riesgo, habrá que preguntarse si al parto se le podrá seguir considerando “normal” [comillas en el texto original] (1996, p. 27).

Para concluir, es necesario decir que el dolor es una experiencia que marca el nacimiento de un bebé. Por tanto, la madre debe estar correctamente informada acerca de las posibilidades de alivio para poderlas elegir libremente y, en consecuencia, consensuar con el personal médico que la atiende en base también a su umbral del dolor. Sin embargo, para un parto humanizado se deberían preferir las técnicas no farmacológicas, ya que tienen un carácter menos intervencionista.

2.3.6 El contacto inmediato con el bebé e inducción a la lactancia materna.

La guía de la OMS (1996) para el parto normal indica: “inmediatamente después del nacimiento el niño ha de ser secado con toallas calientes, a la vez que se le ubica sobre el abdomen materno o en sus brazos” (p. 62).

El contacto inmediato con la piel de la madre favorece la creación de los primeros vínculos afectivos del bebé.

Odent en sus obras “El bebé es un mamífero” (2009) y “La científicación del amor” (2001), define a la oxitocina como la “hormona del amor”. El médico francés insiste en el rol que tiene esta hormona en la generación del vínculo afectivo entre la madre y el bebé durante el embarazo, parto, primera hora de vida y lactancia materna.

A Odent le gusta ir generando paralelismos entre el proceso reproductivo de los animales y de los seres humanos. En este sentido, cita el experimento de los patitos realizado en los años '30 por Konrad Lorenz (considerado el padre de la etología). Ese experimento demostró que apenas después del nacimiento, existe un periodo particularmente crítico o sensible para el desarrollo emocional y social de los animales. Estas mismas observaciones Odent las transfiere al ser humano y explica que durante el parto el cuerpo de la madre secreta niveles altos de oxitocina. Esa hormona actuará en dos dimensiones: por un lado, favoreciendo la adquisición de conductas maternas en la madre; por otro lado, generando en el bebé ese estadio de mayor sensibilidad que determina y condiciona su vida emocional

y relacional. La oxitocina además tiene efectos en la producción y secreción de la leche materna.

Los pediatras Rey y Martínez, en Bogotá, en el año 1979, dieron inicio al “método de la madre canguro” para el cuidado de los bebés prematuros, que consiste en poner al recién nacido piel a piel con su madre. Con el pasar de los años, se ha demostrado que esta práctica tiene notables beneficios en el tratamiento de los recién nacidos, entre ellos:

(...) mayor supervivencia en países en vías de desarrollo, menor número de infecciones, facilitación de la lactancia materna, reducción de la estancia hospitalaria, reducción de los episodios de apnea y aumento de la autoconfianza de las madres en el cuidado de sus hijos (Monasterolo, 2018).

En el ya mencionado proyecto de Ley para el Parto Intercultural Humanizado, su autora Rivadeneira (2016) indica como un derecho de la madre tener a su lado a su niño o niña de manera inmediata y el derecho a tener acceso constante a él o ella, siempre y cuando las condiciones de salud del neonato lo permitan. En caso de que el menor requiera de cuidados especiales, la madre tiene derecho a la internación conjunta con su bebé.

Un aspecto muy importante de la educación que el personal sanitario puede ofrecer a las madres es la inducción a la lactancia materna, pues están demostrados sus innumerables beneficios tanto para el niño como para la madre:

La leche materna se considera la mejor y más importante fuente nutritiva para el niño en los primeros 6 meses de la vida. Entre las innumerables ventajas que se le atribuyen figuran la prevención de las enfermedades diarreicas durante el 1er año de vida, la protección contra problemas alérgicos, la disminución de la probabilidad de padecer cáncer, diabetes, entre otras; además, para la madre disminuye el riesgo de desarrollar cáncer de mama, contribuye a la rápida involución del útero en el puerperio e interviene en el espaciamiento de los embarazos. Por otra parte la lactancia materna fortalece la relación afectiva entre la madre y el hijo. (Prendes et al., 1999, p. 397)

El estudio elaborado por Gonzalez, Huespe y Auchter (2008) demuestra que “cuanto más precoz se inició la alimentación a seno materno mayor fue la duración de lactancia exclusiva” (p. 3). De allí la recomendación que la lactancia materna tenga inicio en la primera hora de vida.

A pesar de los indudables beneficios de la lactancia materna, se debe respetar la libre decisión de la madre de alimentar a su niño de manera natural o artificial. Esto debido a que las madres pueden experimentar dificultades para la lactancia en ciertas ocasiones. Por ejemplo, problemas en los senos tales como mastitis o grietas, afecciones que pueden resultar bastante dolorosas. Además, pueden existir madres que por motivos profesionales y/o personales deben dejar a sus hijos con otras personas y necesitan recurrir a otro tipo de alimentación. Este es el caso de las estudiantes universitarias que serán objeto de este programa de formación, quienes en un tiempo muy corto después del nacimiento de sus bebés tienen que regresar a sus actividades académicas.

Un factor importante respecto a la lactancia materna sería fomentar las condiciones necesarias para que la madre tenga una adecuada alimentación durante el periodo de la lactancia. Se ha determinado que la dieta materna puede tener influencia sobre la composición de la leche (Macías, Rodríguez y Ronayne de Ferrer, 2006). De allí que la madre debe estar adecuadamente alimentada, complementando su dieta con vitaminas, hierro y calcio en algunos casos.

2.3.7 La importancia de tener la asistencia de una mujer-madre.

Varela (2014) manifiesta que “En España y medio mundo los partos no tienen madre. Las mujeres que van a dar a luz desaparecen en cuanto atraviesan la puerta del hospital. No son personas, son enfermas, y sus opiniones no cuentan” (p. 244). Para esta autora los partos han sido organizados en los hospitales de tal manera que resulten “rápidos, seguros y cómodos” (p. 244), lo cual ha inducido a “cesáreas sin motivo, administración de hormonas para acelerar las contracciones, cortes vaginales y la peor posición para dar a luz, tumbadas”

(p. 244). Varela (2014) reflexiona “Si para las mujeres todo esto es más difícil, doloroso, violento y humillante —nunca se cuenta con su opinión—, da igual” (p.244).

Varela (2014) denuncia que la guía emitida por la OMS hace más de 20 años, que desmiente la necesidad de varios procedimientos médicos alrededor del parto, no ha surtido efectos en la manera de atender los nacimientos en los centros de salud.

Las reflexiones de Varela (2014) dejan en claro dos conclusiones fundamentales: la primera, que las mujeres han perdido el poder de decisión sobre su propio cuerpo; la segunda, que en la atención al parto no se respetan las necesidades relacionadas con la experiencia de la mujer. Así pues, en este capítulo se busca evidenciar la importancia del acompañamiento de una mujer-madre en la labor de parto, ya que ¿quién podría conectarse con mayor empatía a la mujer parturienta que otra mujer que ya atravesó por ese proceso?

Klaus y Kennell (1997) en su estudio mencionan la revisión de estudios antropológicos sobre 128 culturas no industrializadas. Allí se destaca la importancia que tiene la presencia de mujeres que acompañan el parto en su capacidad de incidir positivamente en la reducción de la ansiedad de las parturientas y los niveles de dolor percibidos.

Adicionalmente, Odent (2009) en las primeras páginas de su libro plantea un ejemplo muy concreto de la función de esta persona que acompaña. Narra acerca de una mujer que había dado a luz con el acompañamiento de una comadrona:

En un determinado momento del trabajo de parto, vomitó, y la comadrona únicamente dijo: “a mi me ocurrió cuando tuve a mi segundo bebé, es normal”. Sin embargo, aunque no lo recuerda con claridad, está convencida de que este prudente comentario, como un cariñoso susurro, facilitó el progreso del trabajo de parto. Gracias a que la presencia de la comadrona era como la de una madre experimentada y tranquila, ella se sintió completamente segura (p.16).

La guía de la OMS para el parto normal destaca mucho la importancia de las matronas o comadronas, como la figura más adecuada para asistir un parto que no presenta complicaciones. Las razones presentadas por la OMS son de diversa índole, algunas de tipo económico, pero sobretodo por el hecho de que estas figuras históricamente han asistido a los partos casi sin supervisión de otras figuras sanitarias.

El estudio de Hunter (2007) analiza el rol de las doulas en el acompañamiento a la mujer durante la labor de parto y el parto. Los testimonios analizados en el mismo describen como “el nacimiento requiere la sensación de ‘estar con mujeres” (Hunter, 2007, p. 116). En esta investigación se destaca la importancia que tiene la doula en su cuerpo de mujer y madre, para empatizar a fondo con la experiencia física y emocional de la mujer, que le permite comprender y responder a sus necesidades sin utilizar instrumentos técnicos. La autora en todo su estudio resalta la importancia de reconocer que el embarazo y el parto son experiencias esencialmente femeninas.

En la misma línea, Serrano y Bosisio (2018) definen a la doula como “una mujer con experiencia en maternidad que brinda apoyo en diferentes aspectos biopsicosociales a las madres y a las familias, para garantizar que la experiencia en torno al parto sea lo más satisfactoria posible” (p. 421). Las autoras en su revisión resaltan la importancia que tiene el rol de la doula en el acompañamiento al parto, desde la experiencia de su propia maternidad.

En el proyecto de Ley para el Parto Humanizado Intercultural, su autora hace mucho énfasis sobre el rol jugado por las parteras en las comunidades indígenas del Ecuador: “históricamente, las mujeres han sido atendidas por otras mujeres en el trabajo de parto” (Tibán, 2016, p. 3). La partera tiene en la comunidad un alto nivel de consideración pues “es amiga que comparte su saber por experiencia propia y ajena, es una autoridad, se la respeta, tiene jerarquía porque al recibir en sus manos a la persona que nace, automáticamente se convierte en comadre y madrina y ésta a su vez se suma a la familia consanguínea” (Tibán, 2016, p. 6). La descripción dada destaca como entre las dos mujeres (parturienta y partera)

se genera una fuerte relación de amistad por el hecho de compartir una experiencia tan importante como el nacimiento.

Siendo que el género de una persona no determina su nivel de calidad profesional en todos los ámbitos, el ámbito gineco-obstétrico no puede ser la excepción. A pesar de ello, el nacimiento y el parto son experiencias que los hombres pueden acompañar pero no sentir en su propio cuerpo. Esto hace que, así como la mujer ha sido naturalmente predispuesta para el embarazo y el parto, el hecho de poderlo vivir en su propio cuerpo la predispone también para poder acompañar la experiencia del nacimiento de otras mujeres, de forma más cercana y empática.

2.4 Fundamentos epistemológicos para el programa formativo de la fase posnatal.

En este apartado se analizan argumentos teóricos para fundamentar los cuidados necesarios en la fase posnatal, que serán considerados dentro del programa formativo.

Para ello es necesario entender las implicaciones del término posnatal. García (2005) explica la etapa postnatal con la siguiente tabla:

Tabla 4

Etapa posnatal.

| Fase posnatal: | | |
|-----------------------|----------------|----------------|
| a.- | Neonato | Nac. – 1 sem. |
| b.- | Recién Nacido | 1 sem. – 1 mes |
| c.- | Infancia: | 1 mes – 2 años |
| | Lactante menor | 1 mes – 1 año |
| | Lactante mayor | 1 año – 2 años |
| d.- | Niñez: | 2 – 12 años |
| | Preescolar | 2 – 6 años |
| | Escolar | 6 – 12 años |

Nota: García (2005). *Fases, Periodos y Etapas del desarrollo. Mecanismos biológicos del desarrollo.* México: Universidad Autónoma de Zacatecas.

La tabla reportada sobre la etapa posnatal, corresponde a una explicación bastante tradicional de la misma. Sin embargo, Jové (2009) ilustra el periodo posnatal desde otro enfoque que responde de mejor manera al enfoque de este estudio.

Jové (2011), citando al ginecólogo Campell, describe la gestación como el mejor periodo de la vida del ser humano, pues se encuentra en un entorno protegido: “un lugar en el que no existe el hambre, ni el frío, ni el calor, ni la soledad” (p. 18).

La autora argumenta que en la evolución humana, el paso a la postura erecta y a la bipedación tuvo como consecuencias el estrechamiento de la pelvis y del canal de parto. Este fenómeno condujo a un acortamiento del periodo de gestación en los humanos para que el niño no exceda de un tamaño con el cual pueda ser expulsado por el canal de parto. Es así que se podría considerar que el bebé al nacer no ha completado su desarrollo como para poder ser autónomo: “un recién nacido no es nada más que un feto con unos segundos más de vida, y sus necesidades no han cambiado tanto” (p. 18). Es por ello que la etapa posterior al parto es denominada por la psicóloga Jové como “exterogestación”, siendo un periodo en el cual el “bebé necesita recrear lo mejor posible las condiciones que tenía en el útero de su madre” (p. 19) para garantizar las condiciones óptimas para su desarrollo bio-psico-social.

La duración de la exterogestación varía en diferentes autores. Algunos consideran que se extiende 3, 9 y hasta 24 meses posteriores al nacimiento. Jové (2011) establece que, debido al hecho que el niño al nacer no está listo para enfrentarse a las condiciones externas, necesita una exterogestación de al menos 6 meses. Este semestre ha sido denominado por la propia autora como de “habitat preservado”. En este apartado se analizarán los cuidados que necesita el bebé durante su exterogestación, desde un enfoque pedagógico.

Siendo que la gestación es un proceso que trasciende el parto, la elaboración de una propuesta educativa que abarque el periodo perinatal (prenatal-nacimiento-posnatal) debería considerar el punto de vista de Chokler (2006), quien menciona:

En cada práctica de crianza y/o educación subyacen respuestas implícitas, más o menos conscientes, a estas dos cuestiones:

1 - ¿Qué hombre, y por lo tanto qué niño queremos ayudar a ser y a crecer? ¿Un sujeto autónomo, libre, con confianza en sí mismo y en su entorno, en sus propias competencias para pensar y elaborar estrategias para la resolución de problemas y conflictos, un ser abierto y sensible, comunicador y solidario?

¿O un ser sometido, obediente, dependiente de la autoridad y del reconocimiento permanente del otro, temeroso al castigo y anhelante del premio, un ser competitivo, exitista, desconfiado de sí y de los otros, rivalizando para ser “el primero”?

2 - Entonces, ya conscientes de nuestra elección nos planteamos ¿cuál es el rol del adulto, de la sociedad, de los profesionales para salvaguardar el respeto por la persona desde la niñez más temprana y de su derecho a ser reconocida en su singularidad, como quien es, tal como es, más allá de la diferencia o de la discapacidad? (p. 2)

El planteamiento realizado por la autora evidencia que cada enfoque o estilo educativo se basa en objetivos que condicionan el desarrollo de las personas. Por tanto, es una necesidad imperante que el adulto cuidador o educador tenga clara la importancia de su rol y las consecuencias a corto, mediano y largo plazo, en su manera de relacionarse con el niño.

Las preguntas planteadas por Chokler (2006) son de gran importancia para pensar y direccionar el programa formativo que se desarrollará como fruto de esta investigación. Por estas razones y con base en estas reflexiones, se profundizará en el análisis de las teorías educativas que favorecen el vínculo positivo entre la madre, el padre o figura de cuidado y el niño. Se tiene la convicción de que el apego seguro es una de las mejores maneras de desarrollar personas con la suficiente confianza en sí mismos y en su entorno para ser seres autónomos, capaces de enfrentar las dificultades de la vida con espíritu crítico e independiente.

La familia históricamente ha sido considerada como la primera célula social de pertenencia de cada ser humano y la primera institución educativa de cada persona. Parada (2010) menciona que la familia tiene la responsabilidad de “educar para la vida, esto es formar a los miembros de la familia de modo que sean capaces de desarrollarse productivamente como personas, y como miembros de una sociedad, en el transcurso de su vida” (p.19). Para cumplir con esta función históricamente se han ido constituyendo y conceptualizando diferentes estilos parentales, con características relacionadas a los objetivos de educación que cada familia se propone.

Últimamente ha cobrado notable importancia el estilo educativo denominado “parentalidad positiva”, definido por Capano y Ubach (2013) como “comportamiento de los padres sustentado en el interés superior del niño” (p.89). Este estilo educativo se acerca a corrientes educativas consideradas como “respetuosas”, en el sentido que “se promueve la atención, el desarrollo de sus capacidades, el ejercicio de la no violencia, ofreciendo el reconocimiento y la orientación necesaria sin dejar de incluir el establecimiento de los límites que permitan el pleno desarrollo del niño y el adolescente” (p.89).

A continuación se detallan algunas características importantes de esta educación familiar para el vínculo positivo.

2.4.1 El inicio del apego.

Se mencionó que la gestación es para el niño una etapa protegida en la que no experimenta necesidad ni miedo alguno. Punset (2011), al inicio de su manuscrito, reporta la siguiente cita tomada de “Diario de un recién nacido” de Antich Arpag:

Del sueño de mi larga noche desperté a mediodía bajo los focos del quirófano de un hospital, en las afueras de Londres. Lloré y rabié de miedo hasta que la luz cejó y las manos de plástico de la enfermera me soltaron. Y quedé así, aturdido y expectante frente al mundo que empezaba, en un desierto de silencio y de espera. (p. 16)

El texto reportado intenta imaginar y describir como debe sentirse un bebé al ser expulsado del interior del cuerpo de su madre, donde todo era tranquilidad y seguridad y la necesidad del calor del cuerpo de su madre para superar ese momento crítico.

Jové (2011) explica como el establecimiento del vínculo materno-infantil es un proceso hormonal que se desarrolla en las primeras horas posteriores al nacimiento. Es por ello que la autora recalca la importancia de que los cuidados a la pareja madre-niño no sean realizados por separado. La autora señala que el contacto piel a piel en los primeros momentos de vida favorece:

- La regulación térmica del bebé
- La reducción del llanto
- El bebé es colonizado por las bacterias de la madre e impide que otros gérmenes patógenos puedan causarle infecciones.
- La reducción del estrés del recién nacido.
- Favorece la lactancia.
- Favorece la creación del vínculo afectivo madre-hijo.

En esta misma línea se había mencionado anteriormente la posición de Odent en sus textos (2001 y 2009) en los que plantea el efecto de las hormonas del nacimiento en la primera hora de vida del bebé y cómo el pico de oxitocina genera un estado de mayor sensibilidad que marca la relación del niño con su figura de cuidado.

Asimismo, Odent (2001) ilustra que el olfato comienza a funcionar en el niño intrauterino a partir del tercer trimestre de gestación. Este órgano constituye un receptor fundamental utilizado por el recién nacido para reconocer a su madre y, a partir de ello, empezar sus primeras interacciones con el mundo extrauterino. Odent sustenta estas observaciones con estudios realizados por fisiólogos que establecen que durante la primera hora de vida del bebé, el nivel de noradrenalina (tipo de adrenalina relacionada con el funcionamiento de la parte del cerebro denominada "locus coeruleus" directamente conectada con la función

olfativa) es treinta veces más alto que en otros momentos. Pero esta relación olfativa funciona también a la inversa, en el sentido que el sentido del olfato se encuentra agudizado también en la madre gestante y parturienta.

Otro canal sensorial indicado por Odent (2001) para el reconocimiento materno-infantil es el auditivo. El niño aprende a reconocer la voz de su madre desde el vientre materno y se familiariza con los sonidos de su cuerpo. Se considera que el canto sea una forma especial de estimular la relación con el niño intrauterino y recién nacido. Además el autor determina que también se han hecho estudios sobre la capacidad específica de la madre para reconocer el llanto de su bebé entre otros.

Finalmente, aunque el feto es sensible a la luz, el niño recién nacido no puede ver con claridad, por lo que Odent (2001) recomienda la importancia del contacto visual entre la madre y el bebé a máximo 30 cm. de distancia.

El contacto piel a piel tiene, por lo tanto, beneficios físicos y psico-sociales para el bebé. Por un lado, el recién nacido depende del cuerpo de su madre para sobrevivir; por otro lado, es el cuerpo de su madre lo único que conoce: la primera puerta al mundo. Esta dependencia se extiende por el periodo denominado “exterogestación” que, como ya se mencionó anteriormente, es un tiempo en el que el bebé depende enteramente de los cuidados de su madre.

En este sentido, a nivel psico-pedagógico, ha alcanzado una notable relevancia la “teoría del apego”, cuyos primeros planteamientos aparecieron a finales de los 50’ dentro de la etología y cuyos padres fueron John Bowlby (1907-1991) y Mary Ainsworth (1913-1999). Hasta este momento, los estudios psicoanalíticos realizados especialmente a través de la observación etológica, habían considerado la relación madre-hijo, como una conducta instintiva destinada a garantizar la supervivencia.

A partir de experimentos científicos:

Bowlby (1969) planteó que la conducta instintiva no es una pauta fija de comportamiento que se reproduce siempre de la misma forma ante una determinada estimulación, sino un plan programado con corrección de objetivos en función de la retroalimentación, que se adapta, modificándose, a las condiciones ambientales (Oliva, 2004, p. 3).

Bowlby y Ainsworth plantean por primera vez la idea de que las primeras experiencias afectivas que vive el bebé, le generan patrones que condicionarán su forma de relacionarse con sí mismo y con los demás, por el resto de su vida. Se considera que enseguida después de nacer, el niño se relaciona de manera inmediata con su madre o con un “cuidador principal” (Rúa, 2015, p. 2):

Esta primera vinculación puede ser vista como un factor protector para la salud mental del sujeto, ya que la madre o el cuidador principal tratarán de proveer al niño, que es completamente dependiente e indefenso, de unas condiciones y un entorno favorecedor para su desarrollo individual (Rúa, 2015, p. 2).

Bowlby realiza experimentos con personas que tuvieron algún problema de conducta y tras años de observación llega a la conclusión de que:

Es esencial para el niño el vínculo íntimo, el calor y la relación constante con la madre o al menos un cuidador primario y fijo ya que cuando esta relación es segura no se presenta ansiedad que es una característica principal de las perturbaciones mentales que se pueden presentar en la vida adulta lo que se traduce en que este primer vínculo con la madre es determinante tanto en la capacidad de recuperación del sujeto frente a eventos con alta carga emocional y estresantes que ponen a prueba el tipo de vínculo que hace que el sujeto se relacione de cierta forma con el medio, vínculo que es desarrollado en el primer año de vida gracias a la interacción con este cuidador. (Rúa, 2015, p. 2)

Posterior a los estudios de Bowlby y Ainsworth realizaron experimentos que les permitieron establecer cuatro tipos de apego que se generan con el cuidador principal. Estos son: apego inseguro, apego evitativo, apego ansioso ambivalente y el apego seguro.

Se ha determinado que el tipo de apego que se genera entre la madre o cuidador principal y el bebé en el primer año de vida, influyen en la capacidad para relacionarse y en la salud mental de la persona durante toda su vida. Entendiendo por salud mental, lo que Rúa (2015) citando a la OMS (2007) define:

No es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (p. 2).

En la actualidad desde las neurociencias han reforzado las teorías que relacionan la estructuración de la personalidad con el vínculo inicial con la madre o el cuidador principal y que la relacionan con innumerables variables (salud mental, ansiedad, depresión, desórdenes alimenticios, autoestima, regulación emocional, satisfacción afectivo-sexual, entre otras).

Para el neurólogo infantil Pinto, el apego se establece en tres fases que abarcan los periodos: previo al embarazo (planificación), en el embarazo y después del parto, es decir en toda la etapa perinatal. En su estudio (2007), menciona:

El recién nacido viene preparado para esta interacción. Normalmente los recién nacidos duermen la mayor parte del tiempo, en los primeros días de vida, con escasos momentos de alerta. Pero al nacer, al cabo de 3 a 5 minutos, comienzan un estado de alerta muy significativo de alrededor de 40 a 60 minutos, que es el más largo del primer mes de vida. Es durante esta alerta, donde el recién nacido está genéticamente preparado para esta mágica interacción. Si la práctica hospitalaria retira al bebé de su madre en este preciso período, priva a ambos de esta maravillosa vivencia inicial y disminuye parte de la calidad e intensidad del apego (p. 99).

Este autor, en línea con Odent (2009), habla de la existencia de un “periodo sensitivo” inmediatamente posterior al nacimiento, lo que ratifica el derecho de la madre y el bebé a no ser separados durante los cuidados hospitalarios inmediatamente posteriores al nacimiento.

En este periodo de tiempo:

Primero la madre observa a su recién nacido ojo a ojo. El niño responde concentrando la mirada en su madre. Luego comienza a tocarlo delicadamente y de manera progresiva, comenzando generalmente por las manitos, luego los pies y finalmente el resto del cuerpo. La madre le habla suavemente con voz de tonalidad alta. El RN responde con algunos movimientos tenues de cara y manos; esto confirma a la madre que el niño está atento y en comunicación directa con ella. El niño llora. El llanto erecta los pezones maternos y estimula a las hormonas prolactina y occitocina. Se produce una sincronía entre el lenguaje materno, cadencioso y los movimientos del niño. La madre lleva al RN al pezón y éste lo frota hasta que emerge la primera gota de calostro, plena de linfocitos T, linfocitos B y macrófagos, que entregan al niño la clave de los anticuerpos a formar, para defenderse de la flora bacteriana de la piel materna. Estos primeros momentos e interacciones son primordiales en el inicio del apego. (p.99)

Este aporte teórico es confirmado por estudios que observan el nacimiento en el mundo de los mamíferos, en los que se ha demostrado que si la cría es separada de su madre al nacer, luego la madre no la reconocerá, ni querrá alimentarla.

Es por estas razones que el neurólogo infantil recomienda que la educación durante la gestación debe preparar, no solo a la madre, sino a los futuros padres, sobre la importancia de los primeros contactos con el futuro bebé. Además advierte que una disfunción en el apego puede ir desde la frustración y depresión de la madre, hasta la pérdida del amor por su hijo, que puede conducir al maltrato.

El neurólogo Pinto presenta un cuadro de conductas, tanto de la madre, como del niño, que permiten detectar precozmente disfunciones en el apego, que pueden ser tratadas y corregidas a tiempo con la ayuda de profesionales.

Todos los argumentos presentados en este apartado indican que la relación entre la madre, padre o cuidador y el bebé, se inicio desde la vida intrauterina, pero tiene un momento muy especial en la primera hora de vida. Ese fenómeno ha sido observado desde la etología, la fisiología, la psicología y las neurociencias. Por eso, se considera que el programa formativo dirigido a los futuros padres debe hacer énfasis en la importancia de la relación que se entablará entre ellos y sus bebés desde los primeros momentos de la vida intra y extrauterina, especialmente en la primera hora de vida del niño.

2.4.2 Importancia de un apego seguro para el desarrollo del bebé.

Para entender el énfasis puesto en este numeral a la crianza con apego, hay que comprender la incidencia que tiene en el desarrollo de la personalidad del niño.

En primer lugar, cabe mencionar que estudios realizados desde la psicología y las neurociencias, insisten en que la relación que el niño instaura con su madre servirá como modelo para todas sus futuras relaciones. Vargas y Arán (2014) expresan:

Una de las funciones más importantes de la familia, en relación con las necesidades de los hijos e hijas, es aportar la estimulación apropiada que haga de ellos y ellas seres con capacidades cognitivas necesarias para relacionarse de modo competente con su entorno físico y social (p. 172).

Chokler (2006) determina que el apego es uno de los cuatro “organizadores de desarrollo” que juega un rol fundamental en la correcta “organización progresiva y de complejización creciente de las funciones biológicas y psicosociales” (p. 1) de una persona.

En este sentido, desde los primeros estudios realizados por Bowlby y Ainsworth, se analizó la correlación entre apego y la variable “desarrollo emocional”. Garrido (2006) en su revisión,

caracteriza las conductas frecuentes para cada estilo de apego. Uno de los experimentos más comunes para observar las conductas de los niños es el de la “situación extraña”. Según Garrido (2006), los niños con apego seguro reaccionan con “angustia ante las separaciones del cuidador y la calma cuando éste vuelve; en la interacción con el cuidador relevan la calidez, confianza y seguridad” (p. 495). Ya en la adolescencia, los sujetos con apego seguro, demuestran índices inferiores de ansiedad, hostilidad y estrés.

Igualmente, Garrido (2006), citando a Mikulincer, Shaver y Pereg (2003), manifiesta que las personas con apego seguro se caracterizan por “la comodidad con la cercanía y la interdependencia, y confianza en la búsqueda de apoyo y otros medios constructivos de afrontamiento del estrés” (p. 495). Sin contar que estos sujetos tienen una mejor aceptación y canalización de la ira. Otro aspecto es que se reportan mejores niveles de afecto positivo, alegría y placer, y de esta manera se reducen los niveles de estrés. Según Garrido (2006), los mismos autores observan en estos sujetos mayor intimidad y mayor número de individuos en la red social.

Vargas y Arán (2014) manifiestan que el apego ha sido bastante comparado con la regulación emocional. Sin embargo, en tiempos más recientes, las neurociencias lo han relacionado con la variable “desarrollo cognitivo”. En su revisión, los autores mencionados recogen varios estudios que analizan una causalidad entre el apego seguro y la maduración cerebral y el desarrollo cognitivo del niño. Estos autores citan estudios que evidencian una relación de las conductas parentales con la regulación verbal externa, capacidad de resolución de problemas, cuidado cálido y sensible y la organización familiar. Aunque manifiestan que son varios los factores del contexto en el que se encuentran involucrados los niños, que inciden en los aspectos mencionados.

Por su parte, Vera, Morales y Vera (2005) comparan el apego en tres tipos de familias: disciplinada, cohesiva y no orientada, manifiestando que “En las familias cohesivas, se presentan frecuentemente conductas de expresividad, independencia, crecimiento personal,

orientación al logro y organización; existe el conflicto pero se resuelve de manera positiva” (p. 166).

El apego con el cuidador principal o madre incide en el desarrollo psicomotor del niño. Velasco (2001), citando a Martínez (2000), menciona que el desarrollo psicomotor puede entenderse como “la evolución de las capacidades para realizar una serie de movimientos corporales y acciones, así como la representación mental y consciente de sí mismos” (p. 129). En su estudio, Velasco (2001) determina que el niño “es a través del movimiento, como se va a poner en contacto con las personas y los objetos” (p. 129), y a su vez, son la relación con las personas y el descubrimiento del espacio “que le van a permitir construir su identidad, construirse a sí mismo a partir del movimiento” (p. 129). Es decir, que existe una conexión directa entre el movimiento, el desarrollo individual y la relación con los demás y el entorno.

Ya se mencionó la importancia del contacto piel con piel entre la madre y el niño. Este contacto establece una relación basada en el “diálogo tónico”. Velasco (2001), citando a Wallon (1980) describe al diálogo tónico como un intercambio que “se basa en sensaciones táctiles (la piel) y el contacto con el movimiento del otro (maternante)”(p.130). A partir del cuarto o quinto mes de nacido, el niño empieza a realizar sus primeros movimientos voluntarios, y con ellos se genera “la separación de sus padres, la salida del estado de de fusión y dependencia que hasta ahora lo mantenía indiferenciado con el maternante” (p. 130). En resumen, el niño descubre su cuerpo, en la relación con el cuerpo de sus padres.

Pero, este no es el final de las implicaciones del apego sobre la motricidad del niño. Hay que considerar que conforme el niño adquiere mayores capacidades de movimiento, inicia a explorar su entorno. En este proceso juega un rol preponderante la seguridad que le brinda un adecuado apego con sus figuras de referencia.

El diálogo tónico genera una serie de intercambios de señales que se convierten en un código de comunicación entre el niño y la madre y “constituyen las raíces indispensables del desarrollo del pensamiento simbólico y por lo tanto del lenguaje verbal” (Velasco, 2001, p. 7).

Por lo tanto, es posible manifestar que el apego influye además en el desarrollo de la competencia lingüística y el proceso de adquisición del pensamiento simbólico.

En conclusión: la separación del cuerpo del maternante le permite al niño descubrir su propio cuerpo y desarrollar su individualidad; a su vez, la cercanía o el apego con el maternante le da la seguridad necesaria para explorar con libertad el mundo.

Una vez que se ha puesto en consideración varios de los aspectos del desarrollo en los que influye el vínculo entre el cuidador principal o madre y el niño (desarrollo: emocional, cognitivo, psicomotor, verbal etc.), cabe señalar que la relación de apego, en la fase de tiempo posnatal considerado en este estudio (habitat preservado), puede ser fomentada a través de algunas conductas. A continuación se mencionarán algunas características de la relación entre los padres y los hijos que pueden facilitar la instauración de un vínculo seguro.

2.4.3 Apego y lactancia materna.

En 1993, la OMS emite una guía para capacitadores en consejerías para la lactancia materna, cuyo título original es "Breastfeeding counselling: A training course. Trainer's Guide". Uno de los primeros temas abordados por este material de capacitación es el de las ventajas de la lactancia materna. Entre ellas se señalan:

- ✓ Le leche materna contiene exactamente los nutrientes que el bebé necesita.
- ✓ La leche materna se digiere fácilmente y el cuerpo del bebé la utiliza eficazmente.
- ✓ La leche materna protege al bebé contra las infecciones.
- ✓ Cuesta menos que la alimentación artificial.
- ✓ Ayuda a la madre y a su bebé a establecer un buen vínculo afectivo, es decir, a desarrollar una relación de cariño muy estrecha entre ellos.
- ✓ Ayuda al desarrollo del bebé.
- ✓ Puede ayudar a retrasar un nuevo embarazo.
- ✓ Protege la salud de la madre porque ayuda al útero a recobrar su tamaño previo y reduce el riesgo de sufrir cáncer de mama.

Como se puede observar, la lactancia materna tiene ventajas de diversa índole: es buena para la salud de la dupla madre-bebé, es favorable a la economía de la familia y, algo que interesa mucho tratar en este punto, favorece el vínculo afectivo entre la mamá y el bebé.

El neurólogo infantil Pinto (2007) determina que la lactancia materna es una conducta que favorece el apego y que puede también permitir la observación de un apego disfuncional.

La OMS en su programa de capacitación sobre la lactancia materna, determina que la leche materna contiene, más que ninguna otra leche, los nutrientes que el bebé necesita. Es más, cada especie de mamíferos produce leche diferente adecuada para las necesidades de sus crías. Es por ello que en la página web de la OMS se pueden leer las siguientes recomendaciones:

- que la lactancia se inicie en la primera hora de vida;
- que el lactante solo reciba leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua, durante los primeros 6 meses de vida, y la lactancia se complemente con otros alimentos hasta los dos años de edad;
- que la lactancia se haga a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche;
- que no se utilicen biberones, tetinas ni chupetes.

(http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/ consulta realizada el 20/06/2018)

La leche que produce la madre en los primeros días de vida se denomina calostro. La guía de la OMS sobre la lactancia materna expone que se trata de una leche más espesa y amarillenta, caracterizada por un mayor contenido protéico. Además, la revisión elaborada por Gavilanes, Manjarrez, Cravioto (2002), demuestra que el calostro humano es rico de inmunoglobulina sIgA y fagocitos, lo que contribuye a proteger a los recién nacidos de

infecciones gastrointestinales y respiratorias. La leche materna va cambiando de conformidad al crecimiento del niño y a sus necesidades alimenticias.

La OMS recomienda que el niño sea alimentado exclusivamente con leche materna durante los 6 primeros meses de vida. Luego de esa edad se complementa la alimentación introduciendo el resto de alimentos. La OMS sugiere además, que el destete no se realice antes de los dos años de vida del niño.

En cuanto al proceso de destete también se sugiere que se lleve a cabo de una manera gradual y respetuosa, que no constituya un evento brusco o violento ni para el niño, ni para la madre.

2.4.4 Permiso maternal/paternal.

Las políticas adoptadas con respecto a las licencias pre y posnatales, según el neurólogo infantil Pinto (2007), pueden favorecer o castigar el apego y la lactancia materna. Estas varían mucho de país a país. Existen países donde no existe el periodo de permiso pre y posnatal y otros en vez que permiten un permiso de hasta tres años.

En Ecuador, la Ley Orgánica de Servicio Público -LOSEP- garantiza en su artículo 27 que por maternidad toda servidora pública "(...) tiene derecho a una licencia con remuneración de doce (12) semanas por el nacimiento de su hija o hijo; en caso de nacimiento múltiple el plazo se extenderá por diez días adicionales". Además, "por paternidad, el servidor público tiene derecho a licencia con remuneración por el plazo de diez días contados desde el nacimiento de su hija o hijo cuando el parto es normal; en los casos de nacimiento múltiple o por cesárea se ampliará por cinco días más". Los trabajadores del sector privado se rigen a políticas muy similares.

Además el artículo 33 de la LOSEP menciona que "Las servidoras públicas tendrán permiso para el cuidado del recién nacido por dos horas diarias, durante doce meses contados a partir de que haya concluido su licencia de maternidad".

Sin embargo, esta normativa tutela únicamente a las personas en categoría de trabajadores y trabajadoras. En el caso de ser padres y madres estudiantes, como el contexto que se analiza en este estudio, no se aplica la normativa. En el caso de las estudiantes universitarias en estado de gestación, cada institución de educación superior establece parámetros propios relativos a los permisos posnatales.

En este orden de ideas, la Universidad Técnica de Cotopaxi cuenta con un “Reglamento de Protección a Estudiantes en Estado de Gestación, Parto y Posparto”, aprobado en junio de 2014, el cual establece derechos para las estudiantes universitarias gestantes, así como políticas para la protección y seguimiento de sus procesos académicos. En cuanto a los permisos posnatales, en la Universidad Técnica de Cotopaxi se ha consolidado como práctica que las estudiantes cuenten con 8 días posteriores al parto natural o 15 días posteriores al parto por cesárea.

Aunque esta disposición puede considerarse castigadora con respecto a lo planteado sobre el apego y la lactancia, el reglamento no detalla tiempos de permiso específicos, sino que menciona en su Artículo 7: “El Departamento Médico de la Universidad evaluará a las estudiantes que presenten problemas médicos para sugerir el tiempo estimado de reposo médico que deban recibir las estudiantes...” y continúa “la Unidad de Bienestar Estudiantil notificará de forma inmediata a los docentes que imparten cátedra en el curso de la solicitante, de modo que se evite cualquier inequidad que afecte a la estudiante y se justifiquen de modo inmediato las inasistencias que hubiere provocado la situación”.

En consideración a lo planteado, como parte de las acciones del Programa Formativo, se plantea la posibilidad de generar diálogos con las autoridades universitarias, la Unidad de Bienestar Estudiantil y los representantes estudiantiles, para explorar la posibilidad de adoptar acciones académicas más favorables para las madres estudiantes y sus bebés. Ello se puede llevar a cabo a través de adaptaciones curriculares propias para las estudiantes gestantes y madres.

2.4.5 El sueño

En este punto se tratará como tema central la práctica del colecho. La revisión realizada por Rodríguez, Miranda y Navío (2013) determina que la práctica de que los niños duerman con sus padres por costumbre o de manera esporádica, ha sido más común en el Oriente que en el Occidente. En Occidente, se ha limitado esta práctica por motivaciones de seguridad, pues se ha considerado que constituye un peligro para los bebés lactantes y se la ha relacionado con el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. En segundo lugar, en una sociedad que busca la autonomía del individuo, se ha considerado que esta práctica genera dependencia del niño hacia sus padres.

Por el contrario, en las sociedades orientales donde esta práctica es muy frecuente, estudios demuestran que las tasas de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante son inferiores y culturalmente se considera que esta práctica favorece los lazos familiares. Así pues, según dicha investigación, el colecho puede considerarse una práctica que favorece el apego seguro y de esta forma, contribuye a mejorar la seguridad personal del niño y, por consiguiente, su independencia.

El estudio de Rodríguez, Miranda y Navío (2013) establece los beneficios del colecho y algunos parámetros para que pueda ser una práctica segura y determina sus beneficios. La práctica del colecho puede comprender: compartir la cama o uso de cuna side-car (apegada al lecho de los padres, sin la separación de barandas).

Además, los beneficios del colecho son, según los autores mencionados:

- Favorecer y facilitar la lactancia materna, en especial por las noches.
- Sincronizar el sueño de la madre y del niño y disminuir el riesgo de las apneas del sueño.
- Disminuir las tasas de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante, respecto a los niños que duermen en habitaciones separadas.

- El contacto con la madre brinda mayor estabilidad cardiorrespiratoria y oxigenación, mejor termorregulación y menor llanto.
- Potenciar el vínculo afectivo entre los padres y el niño.

Para que pueda realizarse de manera segura los autores recomiendan:

- El niño debe dormir siempre boca arriba.
- Siempre debe dormir sobre una superficie firme, sin almohadones, cojines ni peluches.
- Evitar arropar al niño en exceso (mantas o frazadas gruesas).
- No dormir con el bebé en brazos en un sofá o sillón.
- No dormir en la misma cama si los padres fuman, consumen alcohol, drogas o medicamentos que disminuyan su capacidad de respuesta.

Cabe señalar que culturalmente en Ecuador el colecho es una práctica muy común, entonces, en el programa formativo debería darse énfasis a las recomendaciones que garantizan la seguridad del bebé en esta práctica.

2.4.6 Madre canguro: contacto piel a piel.

Lizarazo, Ospina, Diaz y Ariza (2012) indican que el método canguro fue utilizado por primera vez en 1978 por los médicos Rey y Martínez, quienes pusieron en marcha el Programa Madre Canguro (P.M.C.) en Bogotá, Colombia. En un principio, los médicos experimentaron este método para fortalecer el desarrollo de niños prematuros o con bajo peso al nacer. Entre los principales objetivos de este programa estuvo favorecer la instauración del vínculo madre-hijo para que la madre pueda comprender de mejor manera las necesidades de su hijo y reducir de esta forma los índices de abandono y mortalidad de los bebés prematuros.

El estudio de Ortiz, Carrillo y Gutierrez (2006) observó los beneficios del método canguro en relación al apego madre-hijo y se encontraron beneficios en los siguientes aspectos de su relación: mayor reciprocidad en sus interacciones, mejor sensibilidad y prontitud en la respuesta ante las necesidades del bebé, bebés presentan conductas que revelan mayor

seguridad en la relación con sus madres. El estudio de Lantarón (2014) demuestra además que la práctica de poner al bebé piel con piel los primeros 50 minutos posteriores al nacimiento, favorece el inicio de la lactancia materna.

En Ecuador es muy común la práctica de llevar a los niños en la espalda o a su vez como canguros. Esta práctica está muy presente sobretodo en la región andina, donde el clima más frío hace que las madres tiendan a tener a sus bebés a contacto con su calor para protegerlos de las bajas temperaturas. Esta conducta puede tener efectos positivos en la relación de apego madre-hijo, por lo que ha de ser incentivada. Además, en la actualidad existen objetos que ayudan a prolongar esta práctica como son los canguros o las kungas.

Sin embargo, las madres ecuatorianas suelen cargar a sus niños en las espaldas por comodidad y para poder realizar sus actividades, lo que a pesar de favorecer el contacto piel con piel, castiga el contacto visual y la interacción madre-hijo. Es por ello que en el programa formativo podría proponerse el fortalecimiento de la práctica propia de llevar a los niños en posición canguro.

2.4.7 El llanto de los bebés.

La “Declaración sobre el llanto de los bebés”, documento firmado y respaldado por varios sectores profesionales (médicos, pediatras, ginecólogos, psicólogos, psicoterapeutas, matronas, enfermeras, pedagogos, maestros, investigadores, colectivos y asociaciones). inicia con la declaración de Odent: “Cuando un recién nacido aprende en una sala de nido que es inútil gritar... está sufriendo su primera experiencia de sumisión”.

En este documento pretende desvirtuar la idea bastante consolidada en nuestra sociedad, de que es normal que los niños lloren. De hecho, este documento manifiesta:

Es cierto que es frecuente que los bebés de nuestra sociedad Occidental lloren, pero no es cierto que ‘sea normal’. Los bebés lloran siempre por algo que les produce malestar: sueño, miedo, hambre, o el más frecuente, y que suele ser causa de los

anteriores, la falta del contacto físico con su madre u otras personas del entorno afectivo (p.1).

El punto de vista de esta declaración se contrapone totalmente a los conceptos de la sabiduría popular que consideran que si un niño llora o quiere estar en brazos, es porque está mimado o maleducado. De hecho continúa manifestando que:

El cuerpo del bebé recién nacido está diseñado para tener en el regazo materno todo cuanto necesita, para sobrevivir y para sentirse bien: alimento, calor, apego; por esta razón no tiene noción de la espera, ya que estando en el lugar que le corresponde, tiene a su alcance todo cuanto necesita; el bebé criado en el cuerpo a cuerpo con la madre desconoce la sensación de necesidad, de hambre, de frío, de soledad, y no llora nunca (p.1).

González (2004), manifiesta que antiguamente la mayor parte de tabúes estaban relacionados con el sexo, mientras que en la actualidad se han fomentado muchos tabúes que tienen que ver con la relación madre-hijo. Él identifica principalmente tres: el tabú del llanto, el tabú del sueño y el tabú de la lactancia materna. Con respecto a la lactancia “está prohibido dar el pecho en cualquier momento o en cualquier lugar; o a un niño «demasiado» grande” (p. 11). En lo que se refiere al sueño: “está prohibido dormir a los niños en brazos o dándoles pecho, cantarles o mecerles para que duerman, dormir con ellos” (p. 11). Del llanto: “está prohibido hacer caso de los niños que lloran, tomarlos en brazos, darles lo que piden” (p. 11). Estos tabúes presentes en el pensamiento colectivo hacen que la madre se vea limitada en la parte más agradable de su experiencia materna, por la preocupación generada por prejuicios sin fundamento científico y que se vean casi obligadas a refrenar sus instintos para dejar llorar a sus niños, porque si no, se “envician”.

González (2004) parte de la misma premisa que Jové (2007): la evolución humana. La postura bípeda ha producido un estrechamiento de la cadera humana, lo cuál ha conducido a la necesidad de que el feto sea expulsado antes de que su proceso de mielinización neuronal

esté en un nivel adecuado de avance. Es por ello que las crías humanas son dependientes de los cuidados de su madre por un periodo mucho más largo que cualquier otro mamífero. El autor habla de un gen materno que impulsa a las madres a no dejar desamparados a sus descendientes y que hace que se sientan ansiosas al tener que separarse de ellos.

Por otra parte, el autor manifiesta que en la actualidad, el llanto de los niños es interpretado como “egoísmo” u “obstinación”, cual si los niños quisieran esclavizar a sus padres. Sin embargo, explica González (2004), el llanto es una “conducta que la selección natural ha favorecido durante millones de años, porque facilita la supervivencia del individuo” (p. 27). Es única forma que un niño tiene para expresar algún malestar y se caracteriza por su inmediatez, pues la paciencia es algo que el adulto ha aprendido con la educación, pero un bebé no conoce.

En la antigüedad, las madres podían ocuparse a tiempo completo de sus niños, en la actualidad deben compartir sus cuidados con otras personas (padres, abuelos, niñeras...) pues deben salir a trabajar. Cómo ya se analizó anteriormente, los sistemas laborales en escasos países son respetuosos con las necesidades de la lactancia y el apego. El llanto de los niños al separarse de sus madres, es un fuerte factor de estrés. González (2004) explica que este llanto se debe a que un niño pequeño no tiene un buen conocimiento del tiempo, y no sabe si su madre volverá pronto, tardará en volver o incluso no volverá. Ese es el motivo de su llanto. Es por eso que el niño no se calmará dejándolo llorar y esto tampoco afianzará su confianza en sí mismo y en su medio, la única forma de calmarlo es atenderlo, con palabras amorosas, contacto físico y el pecho.

En conclusión, las conductas promovidas en la actualidad, que penalizan el contacto piel a piel y el apego madre-hijo, no favorecen física ni psicológicamente, ni a la madre ni al niño. Hacen que la madre se prive de la mejor parte de la maternidad y aumente su estado de ansiedad y dejan desatendidas necesidades biológicas del niño, afectando su relación de apego y con eso su futura seguridad y autonomía.

2.5 El desarrollo del bebé en los primeros 6 meses de vida.

A continuación se presenta un cuadro de los principales aprendizajes que cumplen los niños en los primeros seis meses de vida. El cuadro se realizó con base en las indicaciones dadas en la Guía de Atención Temprana para Padres y Educadores, de la Consejería de Educación y Deporte del Gobierno de La Rioja (2008). Estos aprendizajes se articulan en 3 ejes fundamentales:

- Desarrollo psicomotor y Autonomía Personal
- Desarrollo de la relación con el entorno social y físico.
- Desarrollo de la comunicación y del lenguaje.

Sin embargo, es necesario aclarar que se trata de indicaciones muy generalizadas, y que cada niño tiene su propio ritmo de desarrollo, que no responderá necesariamente a las expectativas que pueden generar dichas indicaciones.

Tabla 5

Aprendizajes del niño en la etapa de 0 a 6 meses de vida.

| APRENDIZAJES DEL NIÑO EN LA ETAPA DE 0 A 6 MESES DE VIDA. | | |
|--|---|--|
| Desarrollo psicomotor y autonomía personal. | Desarrollo de la relación con el entorno social y físico. | Desarrollo de la comunicación y del lenguaje. |
| Etapa de 0 a 3 meses: | | |
| -Mantiene la cabeza erguida cuando está en brazos. -Fija la mirada y la mueve siguiendo movimientos de un objeto o persona. -Sostiene objetos con presión involuntaria y los agita. -Descubre y juega con manos y pies. | -Sonríe en respuesta a un estímulo. -Reconoce visualmente a la madre. -Responde positivamente, emite gorgoritos y ríe cuando juegan con él. | -Localiza sonidos laterales moviendo la cabeza. -Realiza balbuceos y sonidos guturales. |
| Etapa de 3 a 6 meses: | | |

| | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Levanta y mueve la cabeza cuando está boca abajo. - Gira desde la posición de boca arriba a la posición de lado y viceversa. - Coge y agita objetos cercanos. | <ul style="list-style-type: none"> - Sonríe o patalea ante personas conocidas. - Reconoce a quienes lo cuidan. | <ul style="list-style-type: none"> - Emite sonidos para atraer la atención del adulto. - Realiza reduplicaciones (ma-ma, gu-gu, ta-ta) repitiendo cadenas silábicas de consonante más vocal. |
|---|--|--|

Nota: El niño de 0 a 3 años. Guía de Atención Temprana. Gobierno de la Rioja (2008).

En el programa formativo un pediatra o un educador especializado en atención temprana podría dar una conferencia sobre el desarrollo bio-psico-social del niño en los primeros seis meses de vida.

2.6 El paso de mujer a madre.

Hasta este momento, la reflexión se ha centrado principalmente en el desarrollo del niño. Sin embargo, es necesario tener en cuenta, que el nacimiento es un motor de transformación no solo para el bebé, también para su madre, su padre y todo el entorno familiar.

Para Hidalgo y Menéndez (2003), “el proceso de convertirse en padre y madre constituye una importante transición que se experimenta tanto a nivel personal como familiar” (p. 470). En su estudio consideran que la transición de hombre y mujer a padre y madre es una de las mayores transformaciones que experimenta el ser humano. A tal punto que es calificada como una pérdida de equilibrio e incluso una crisis, que afecta al sujeto individualmente y a sus interrelaciones familiares. Sin duda, la llegada de un hijo es una de las mayores alegrías que una familia puede experimentar, pero conlleva una re-estructuración de la organización doméstica en todos los aspectos: relaciones conyugales, hábitos, restricciones de la libertad, efectos sobre la actividad profesional y la vida económica etc.

A nivel conyugal, la llegada de un hijo genera necesariamente cambios significativos en una relación que antes era de dos, y se convierte en una relación de tres, donde cada uno de los

sujetos tiene una relación propia con cada uno de los demás, de la que depende el equilibrio de la triada. En este tema, existen muchos estudios que analizan variables como: roles, repartición de responsabilidades, satisfacción conyugal etc.

A nivel individual, el nacimiento de un hijo se plantea como uno de los principales aprendizajes de la vida adulta “la transición a la paternidad también implica un momento propicio para la formación y reorganización de ideas, actitudes y conocimientos relativos al mundo de los niños, su desarrollo y educación” (Hidalgo y Menéndez, 2002, p. 27).

Hasta este momento, las revisiones consideradas parten del presupuesto que la maternidad y la paternidad sean experiencias de la vida adulta. Sin embargo, el programa formativo que será fruto de esta investigación irá dirigido a estudiantes universitarios. La OMS considera que los embarazos precoces son aquellos que se presentan durante la adolescencia, determinada entre los 10 y los 19 años. La edad de los estudiantes universitarios en Ecuador varía a nivel de pregrado, entre los 18 y los 24 años. Aunque por la edad no todos los estudiantes pueden ser considerados adolescentes, por su situación socio-económica tampoco pueden ser considerados adultos independientes.

Esto tiene varias implicaciones. Si la llegada de un hijo es una delicada transición para las personas adultas, es aún más delicada para los estudiantes universitarios, quienes en muchos casos dependen económicamente de sus padres y tienen obligaciones académicas a las cuales deben hacer frente y que en algunos casos pueden repercutir en sus responsabilidades parentales.

En especial el programa formativo irá dedicado a las estudiantes universitarias en estado de gestación. Una investigación llevada a cabo con mujeres estudiantes que han experimentado la maternidad en el proceso de formación universitaria, permitirá establecer algunos argumentos teóricos que permitan fortalecer el programa formativo. A partir de los resultados, deberán establecerse estrategias que permitan un adecuado acompañamiento pedagógico,

que tenga como objetivo favorecer el desarrollo del bebé, sin olvidar las necesidades que experimenta la joven estudiante al asumir la maternidad.

2. 7 Conclusiones del capítulo.

En este capítulo se inició con una revisión del desarrollo bio-psico-social del niño intrauterino en sus dos fases: embrional y fetal. Además se han considerado algunas recomendaciones para el cuidado materno-infantil durante la gestación, mismas que podrían tenerse en cuenta para la construcción del programa de educación prenatal.

Después, se consideró algunas estrategias educativas que pueden permitir la vinculación socioafectiva del niño intrauterino, su familia y su comunidad. Para ello se tuvieron en cuenta los cambios neurológicos del niño en las diferentes fases de la gestación y algunos estudios realizados desde el área de la estimulación temprana.

Posteriormente se analizaron las características fundamentales de un parto respetado y empoderado desde el punto de vista humano, médico, legal y contextual. El análisis realizado permitió establecer algunas condiciones necesarias para poder garantizar el parto respetado y empoderado, entre ellas se pueden resumir algunas:

- En primer lugar, que el parto respetado no se opone al avance científico-médico, que permite cada día salvar vidas de madres y niños, pero si se opone al uso inadecuado de algunas prácticas médicas cuando éstas no son necesarias o no se utilizan de manera adecuada, son invasivas o no se informan y consensúan con la madre.
- En segundo lugar, que toda práctica o intervención médica debe ser consensuada con la mujer, que debe ser la protagonista de su proceso de parto, para lo cual debe estar correctamente y continuamente informada. Esto obliga al personal médico a establecer una relación con la parturienta, una relación que más allá de humana, se convierte en pedagógica, pues el personal sanitario pone su conocimiento al servicio de la mujer de manera que no se sobrepone a ella en la toma de decisiones. Respetar

la libertad de la mujer en la toma de decisiones incluye el derecho a elegir el tipo de parto y las formas de alivio del dolor, así como el tipo de alimentación para el bebé.

- En tercer lugar, el reconocimiento de la originalidad y unicidad de cada experiencia, lo que convierte cada parto en una experiencia de aprendizaje, tanto para la mujer, como para el personal de salud.
- En cuarto lugar, la importancia del derecho de la mujer a elegir estar acompañada por su pareja o por la persona que le haga sentir apoyo y confianza en el proceso de parto.
- En quinto lugar, el derecho que tienen madre e hijo a un contacto inmediato y continuo, salvo que las condiciones de salud del bebé no lo permitan, éste no tiene porque ser separado de su madre. Esto incluye la inducción a la lactancia materna en la primera hora de vida, con el debido respeto a la libertad de la madre a elegir como alimentar a su hijo.
- En último lugar, pero no menos importante, se destaca la importancia del acompañamiento de una mujer durante el parto, quien por estar naturalmente predispuesta al embarazo y nacimiento, puede alcanzar un nivel mayor de empatía con la experiencia física y emocional de la mujer.

En la última parte se partió de la consideración que por sus características propias, el niño cuando nace no es todavía un ser independiente: necesita para sobrevivir del cuerpo y los cuidados de su madre. Es por ello que los seis meses posteriores al nacimiento han sido denominados como “exterogestación”.

A partir de este concepto se ha llevado a cabo una reflexión sobre las finalidades educativas de los diferentes estilos de crianza. Se propuso el enfoque psico-pedagógico del apego como uno de los que mejor responde a las necesidades del niño. Se puso el acento en la importancia que tiene la generación de un vínculo seguro con la madre o cuidador principal, para el desarrollo (social, emotivo, intelectual, psicomotor y lingüístico) de un niño que se convertirá en un adulto con confianza en sí mismo y en su entorno, con capacidad e independencia para la resolución de problemas y con adecuados patrones de socialización.

Además se mencionaron algunas conductas que favorecen el instaurarse de un apego seguro.

A continuación se clasificaron los principales aprendizajes que realiza el niño entre los 0 y 6 meses de vida, organizados en tres ejes: desarrollo psicomotor, desarrollo de la relación social y con el entorno y desarrollo de la comunicación y el lenguaje.

Finalmente, se analizó brevemente la transformación individual y familiar que se produce a partir de la llegada de un hijo.

Todos estos elementos teóricos servirán de base para la construcción del programa formativo para la educación prenatal y posnatal.

PARTE 2:
ESTUDIO DIAGNÓSTICO

Capítulo 3: Diagnóstico: Diseño metodológico.

3.1 Introducción del capítulo.

En este capítulo se definen las bases teóricas para determinar el enfoque, la metodología, el método, el procedimiento, el problema, las preguntas de investigación, los informantes, las técnicas y los instrumentos que se utilizaron para la elaboración de un estudio diagnóstico que permitió evidenciar las condiciones actuales de la educación prenatal, para el parto y posnatal en la Universidad Técnica de Cotopaxi y su influencia en la experiencia de maternidad de las alumnas que enfrentan estas etapas durante su formación académica universitaria.

El diagnóstico permitió establecer la necesidad de un programa formativo para la educación prenatal, para el parto y posnatal. Además, las principales necesidades educativas de las estudiantes en relación a las dimensiones y categorías derivadas del marco teórico. Por lo tanto permitió diseñar los objetivos, contenidos, estrategias y metodologías para perfilar el diseño del programa formativo.

El diagnóstico se estructuró en dos fases: en un primer momento se trató de comprender la dimensión del fenómeno y en un segundo momento de describirlo.

3.2 Primera fase del estudio diagnóstico.

La primera fase del estudio diagnóstico se realizó en base a estadísticas emitidas por la Dirección de Bienestar Estudiantil de la Universidad Técnica de Cotopaxi y permitió obtener datos para caracterizar la magnitud del fenómeno de la gestación en las estudiantes de la Universidad Técnica de Cotopaxi, a nivel general.

Para ello, la variable considerada fue:

- Estudiantes de la Universidad Técnica de Cotopaxi, que durante su proceso de formación académica, se convirtieron en madres.

La pregunta de investigación fue:

- ¿Cuál es el porcentaje de estudiantes de la Universidad Técnica de Cotopaxi, que durante su proceso de formación académico, se convirtieron en madres?

El objetivo de esta fase fue:

- Determinar el porcentaje de estudiantes de la Universidad Técnica de Cotopaxi, que durante su proceso de formación académica, se convirtieron en madres.

La técnica utilizada en esta fase fue el análisis documental, mismo que:

Centra su atención en la producción documental que se genera diariamente y, al conocer de su existencia, se posesiona de ella, la asimila por medio de lenguajes documentales contruidos artificialmente mediante claves y reglas, útiles para organizar las fuentes de manera que facilite su utilización (Dulzaides & Molina,2004, p.2).

Se trata de una variable de naturaleza “cuantitativa”, con metodología “no experimental” o “ex post facto”, que contribuye a la descripción del objeto de estudio. Siguiendo a Rodríguez y Valdeoriola (2009), se trata de la descripción de hechos ya ocurridos, por lo que no manipula la variable ni se tiene ningún tipo de control sobre ella.

Tabla 6

Diseño Metodológico de la fase 1.

| TABLA DE RESUMEN | |
|---|--|
| Título de la Variable Dependiente: | Estudiantes de la Universidad Técnica de Cotopaxi, que durante su proceso de formación académica, se convirtieron en madres. |
| Pregunta de investigación: | ¿Cuál es el porcentaje de estudiantes de la Universidad Técnica de Cotopaxi, que durante su proceso de formación académico, se convirtieron en madres? |

| | |
|--------------------------------------|--|
| Objetivo de la investigación: | Determinar el porcentaje de estudiantes de la Universidad Técnica de Cotopaxi, que durante su proceso de formación académica, se convirtieron en madres. |
| Tipo de Variable: | Cuantitativa |
| Metodología: | No experimental/ Ex post facto |
| Finalidad: | Básica |
| Profundidad: | Descriptiva |
| Alcance temporal: | Retrospectivo |
| Marco: | De campo |
| Amplitud: | Microsociológica |
| Técnica: | Análisis de datos numéricos |
| Población: | Estudiantes de la Universidad Técnica de Cotopaxi |

Nota. Agnese Bosisio/Investigadora.

3.3 Segunda fase del estudio diagnóstico

En la segunda fase del estudio diagnóstico se buscó comprender y describir las acciones educativas realizadas o no realizadas por la Universidad Técnica de Cotopaxi, en relación a la experiencia de maternidad de las estudiantes que durante su formación académica se convirtieron en madres. Esta fase de la investigación estuvo guiada por la siguiente pregunta:

- ¿Cómo influyó la educación prenatal, para el parto y posnatal, o ausencia de la misma, en la experiencia de maternidad de las estudiantes que se convirtieron en madres durante su formación académica en la Universidad Técnica de Cotopaxi?

El objetivo de este estudio fue:

- Comprender y describir las acciones educativas realizadas o no realizadas por la Universidad Técnica de Cotopaxi, en relación a la experiencia de maternidad de las estudiantes que durante su formación académica se convirtieron en madres.

Para cumplir con este objetivo se eligió utilizar una metodología cualitativa “debido a su énfasis en el conocimiento en profundidad y en la depuración y la elaboración de imágenes y conceptos” (Ragin, 2007, p. 14).

Según Ragin (2007), la investigación cualitativa tiene como finalidad dar voz a grupos marginales, poco escuchados al interno de sus grupos sociales. En este sentido, se consideró la elección de esta metodología para describir en profundidad el sentir de un grupo de personas en estado de vulnerabilidad dentro de su condición de estudiantes universitarias y futuras madres o madres.

El método que se eligió para esta fase de estudio fue la “etnografía educativa”. La etnografía es un método de investigación de “carácter fenomenológico o émico. La investigación etnográfica supone describir o interpretar los fenómenos sociales desde la perspectiva de los participantes del contexto social, lo cual permite al investigador tener un conocimiento interno ‘desde dentro’” (Bisquerra, 2004, p. 296). Más específicamente “cuando la etnografía se utiliza para estudiar la cultura educativa, se denomina ‘etnografía educativa’ y su objetivo es aportar datos descriptivos de los medios o contexto, de las actividades y las creencias de los participantes en los escenarios educativos” (Bisquerra, 2004, p. 298).

En esta fase se decidió triangular tres técnicas de investigación: grupo focal, historia de vida y encuesta. La triangulación otorga credibilidad a los resultados de la investigación, puesto que permite “contrastar la credibilidad de las interpretaciones y creencias de la persona que investiga con la información proporcionada por los participantes, retornando periódicamente a la información (comprobaciones con los participantes), recogiendo información mediante

técnicas alternativas, desde diferentes ópticas, o efectuando varios registros de observación de la situación contextual estudiada” (Bisquerra, 2004, p. 289).

En el caso propio del grupo focal “el denominador común de la técnica consiste en reunir a un grupo de personas para indagar acerca de actitudes y reacciones frente un tema” (Buss Thofehrn et al., 2013, p. 1), a diferencia del grupo de discusión que busca un consenso en la opinión de grupo, el grupo focal “persigue captar las opiniones (individuales) de cada uno de los participantes, expresadas en un contexto de influencia recíproca” (Ruiz, 2016, p. 6). El grupo focal tiene algunas etapas (Buss Thofehrn et al., 2013), en primer lugar elaborar un proyecto de investigación que defina con claridad las preguntas de investigación. Posteriormente, se procede a la composición del grupo, que de acuerdo a la bibliografía recogida por Buss Thofehrn et al. (2013) puede variar entre 4 y 15 personas, de acuerdo a las necesidades del estudio. Los autores manifiestan además que para seleccionar los participantes se deben establecer criterios de inclusión y exclusión. Posteriormente se procede a definir el rol del moderador, el número de los encuentros y el tiempo de los mismos.

Por otro lado Botía (2005) citando a Pineau y Le Grand (1993), define la “Historia de Vida” como “investigación y construcción de sentido a partir de hechos temporales personales” (p. 61) y establece que “los relatos de vida siempre hacen referencia a la singularidad de una vida, refleja a la colectividad social de que se trate” (p. 61). Además, Cornejo, Mendoza y Rojas (2008) consideran que las narraciones biográficas, de acuerdo a sus objetivos investigativos, responden a diferentes enfoques. Las historias de vida con enfoque Dialéctico – Constructivista, introducen la relación entre dos sujetos: el narrador y el narratario:

El narrador, por su parte, no puede poseer el sentido, irreducible a la conciencia que tiene, estando tan implicado, “corporeizado” en su propia experiencia, en lo que cuenta. En el relato el sujeto deviene su propio objeto de conocimiento, para lo cual debe distanciarse, desdoblarse simbólicamente (p.31).

Por su parte el narratario:

Debe acercarse a las vivencias del narrador, abrirse a su lenguaje cotidiano, salir de sus propios sistemas conceptuales. Estos desplazamientos recíprocos e inversos (de distanciamiento teórico e implicación práctica) permiten la creación de un espacio y de un sistema de comunicación, de una nueva unidad, donde una parte de vida encuentra sus conceptos y unos conceptos encuentran vida (p.31).

La última técnica que se utilizó fue la entrevista que “es una técnica cuyo objetivo es obtener información de forma oral y personalizada, sobre acontecimientos vividos y aspectos subjetivos de la persona como las creencias, las actitudes, las opiniones, los valores, en relación con la situación que se está estudiando” (Bisquerra, 2014, p. 336).

Ragin (2007) menciona que cuando la finalidad es “dar voz”, se elige como informante de la investigación a un grupo específico de personas. En este caso se realizó un estudio retrospectivo en el sentido que se involucró a personas que hayan experimentado el fenómeno en un pasado cercano y lo puedan describir. Es así que la investigación tuvo una amplitud microsociológica porque incluyó únicamente a las estudiantes de la Universidad Técnica de Cotopaxi.

A continuación se describen características generales de la población estudiantil de la Universidad Técnica de Cotopaxi:

Para iniciar el debate sobre los resultados obtenidos a través de la aplicación de técnicas de estudio de campo, es oportuno caracterizar el contexto en el que se elaboró la investigación.

En primer lugar es necesario mencionar que la Universidad Técnica de Cotopaxi (UTC) fue fundada el 24 de enero de 1995, por lo que es una institución relativamente joven. La Universidad Técnica de Cotopaxi tiene una sede matriz con dos campus: San Felipe, Salache; cuenta además con dos extensiones: Pujilí y La Maná.

Históricamente, la UTC ha recibido mayoritariamente estudiantes provenientes de los diferentes cantones de la provincia de Cotopaxi. Aunque en los últimos años ha aumentado con fuerza el número de estudiantes provenientes de otras provincias de Ecuador.

La Universidad Técnica de Cotopaxi, tiene un porcentaje considerable de estudiantes que se convierten en madres durante su proceso formativo.

Generalmente, el embarazo se produce en las estudiantes más jóvenes que cursan los primeros ciclos de su formación universitaria. Se ha observado además que en muchos casos las estudiantes que se embarazan provienen de otras provincias del país. La normativa que regenta la educación superior en el Ecuador ha pasado por importantes cambios en la última década. Entre ellos destaca la creación de un Sistema Nacional de Admisión y Nivelación (SNNA). En este sistema, los estudiantes rinden una prueba al terminar su bachillerato, definiéndoles un cupo en alguna universidad del país a partir de los resultados obtenidos.

De esta manera, la composición de la población estudiantil de la UTC en cuanto a su lugar de procedencia ha cambiado mucho en los últimos años. Anteriormente estaba compuesta principalmente por estudiantes cotopaxenses, en la actualidad cuenta con la presencia de jóvenes de todo el país. Algunos estudiantes provienen de provincias muy lejanas, que no tienen familiares, ni lazos sociales en Cotopaxi. El hecho que de las diez estudiantes que participaron en la investigación, siete provengan de otras provincias, podría llevar a hipotetizar una relación entre los embarazos y el alejamiento de las estudiantes de sus familias y lazos sociales. Hipótesis que podría ser comprobada solo con un estudio más amplio, que no se realizará en esta instancia. Adicionalmente, las estudiantes que provienen de fuera de la provincia y que se embarazan, tienen luego muchas más complicaciones para continuar con el proceso académico, ya que no cuentan con personas cercanas que las ayuden con el cuidado de sus hijos.

Se eligió trabajar con un grupo pequeño de estudiantes puesto que:

A veces, el énfasis de la investigación cualitativa en el conocimiento en profundidad supone que el investigador examina un solo caso (por ejemplo, la historia de vida de un único individuo o la historia de una única organización). El saber tanto como sea posible acerca de un caso no es fácil porque cada caso ofrece en potencia una cantidad de información infinita en sus detalles. Gran parte de esta información podría no ser útil por redundante o irrelevante a la vista de las preguntas y los fines del investigador. En el enfoque cualitativo, durante el transcurso de la investigación los investigadores deben determinar cuál es la información útil y se hacen más selectivos a medida que adquieren conocimiento adicional sobre cada caso (Ragin, 2007, p. 144).

Además es necesario mencionar que en la investigación de tipo etnográfico, un requisito fundamental para la elección de los participantes es el establecimiento del “rapport” entre el investigador y los informantes. Es decir, “un vínculo de receptividad y confianza con ellos a fin de que se le abran y manifiesten sus impresiones sobre su propia realidad y la de los demás” (Bisquerra, 2014, p. 304). En este sentido, se establecieron algunos parámetros de inclusión y exclusión para la selección de las participantes. Estos se presentan a continuación:

Tabla 7

Criterios de inclusión y exclusión de las participantes.

| CRITERIOS DE INCLUSIÓN | CRITERIOS DE EXCLUSIÓN |
|--|--|
| Ser estudiante de la Universidad Técnica de Cotopaxi | No ser estudiante de la Universidad Técnica de Cotopaxi |
| Ser mujer | No ser mujer |
| Haberse convertido en madre durante los estudios académicos universitarios en la U.T.C. | No haberse convertido en madre durante los estudios académicos universitarios en la U.T.C. |
| Tener la disponibilidad informada y consensuada a participar en la investigación (<i>rapport</i>). | Tener la disponibilidad informada y consensuada a participar en la investigación (<i>rapport</i>). |

Nota: Agnese Bosisio/Investigadora.

Para mantener el anonimato de las informantes, en el análisis de resultados se evitó utilizar sus nombres, para lo cual se asignó un código para cada estudiante participante en la entrevista y en la historia de vida. Los códigos asignados están expuestos en una tabla en los anexos de la investigación (Anexo 11 y Anexo 15).

La entrevista se dirigió a una sola persona, que fue la Directora de Bienestar Estudiantil, puesto que se trata del departamento encargado de establecer políticas en favor de la permanencia de los estudiantes y su desempeño académico en la universidad, en relación a sus necesidades personales.

Tanto para el grupo focal, como para las historias de vida y la entrevista, se utilizó como instrumento una guía de preguntas. Para la elaboración de estos instrumentos se siguió un proceso deductivo puesto que el mismo Ragín (2007) plantea la importancia de que los estudios cualitativos partan de cuadros analíticos de naturaleza teórica que funcionen como orientadores. En este sentido, previo a la construcción de las guías de preguntas, se realizó un ejercicio de “operacionalización de variables”, considerando las variables “programa formativo” y “educación prenatal, para el parto y posnatal” (el documento se encuentra en anexos). Este ejercicio permitió definir las categorías y dimensiones de partida para el estudio del fenómeno.

Antes de aplicar los instrumentos fueron validados por expertos y se adoptaron las observaciones realizadas por cada uno de ellos. La evidencia de este proceso se puede visualizar en los anexos de este documento. A continuación se presentan a los expertos que participaron en este proceso:

Tabla 8

Expertos que validaron los instrumentos de investigación.

| NÚMERO | EXPERTO |
|--------|---|
| 1 | Doctor en Sociología por la Universidad Complutense de Madrid. Profesor de grado y posgrado U.T.C Investigador de fenómenos sociales en el Ecuador. |

| | |
|---|---|
| 2 | Docente Investigador de la Universidad Autónoma de Madrid. Investigador de pedagogía prenatal. |
| 3 | Secretario general de la Asociación Nacional de Educación Prenatal de España. |

Nota: Agnese Bosisio/Investigadora.

Lo más interesante de las metodologías cualitativas, es que como lo plantea Ragin (2007):

La investigación cualitativa implica a menudo un proceso de aclaración recíproca entre la imagen que tiene el investigador del objeto de investigación, por un lado, y los conceptos que enmarcan la investigación, por el otro. Las imágenes se construyen a partir de los casos, a veces buscando los parecidos entre varias expresiones del fenómeno que parecen estar dentro de la misma categoría general. A su vez, estas imágenes pueden relacionarse con conceptos. Un concepto es una idea general que puede aplicarse a muchas manifestaciones específicas. Los conceptos son síntesis abstractas de las propiedades compartidas por los miembros de una categoría de fenómenos sociales. Constituyen los componentes cruciales de los marcos analíticos, los cuales, a su vez, se derivan de las ideas, es decir, del pensamiento teórico actual acerca de la vida social (p. 145).

En este sentido, el análisis y la discusión de los resultados, utilizó mayoritariamente un enfoque inductivo, propio según Bisquerra (2014) del método etnográfico:

Durante el proceso analítico el investigador pone énfasis en la construcción o generación inductiva de categorías que permitan clasificar los datos recogidos de acuerdo con unidades de contenido básicas o temáticas comunes. De este modo, los datos se separan, se conceptualizan y se agrupan en categorías mediante un proceso de manipulación y organización de los mismos para conectar los resultados obtenidos a un cuerpo más grande de conocimiento, interpretarlos y darles sentido (p.307).

El grupo focal, las historias de vida y la entrevista, fueron grabados durante su ejecución. Posterior a ello, fueron transcritos de manera completa y textual, todas las transcripciones se encuentran en la parte de anexos de este documento. Se tomó la decisión metodológica de

transcribir el discurso de las estudiantes de manera literal, sin hacer correcciones a aspectos de forma o de jerga, lo que permite interiorizarse aún más en la condición social y cultural de las participantes.

Una vez que todo el material estuvo transcrito, se utilizó el software de análisis cualitativo Atlas.ti para organizar e interpretar los datos de mejor manera.

Atlas.ti es un CAQDAS (Computer Assisted Qualitative Data Software). Según San Martín (2012), la utilización de un software incrementa la transparencia del proceso de análisis. El mismo autor, considera que Atlas.ti es un software interesante porque se adapta a los objetivos y elecciones metodológicas de cada investigación, además que permite un proceso circular continuo de la teoría a los resultados.

El trabajo en Atlas.ti inicia con la creación de un proyecto de estudio que en el software se denomina “unidad hermenéutica”. La unidad hermenéutica está conformada por los diferentes documentos que serán analizados.

En este sentido se organizó la unidad hermenéutica de este estudio que estuvo compuesta por tres elementos: la transcripción del grupo focal, la transcripción de las historias de vida y finalmente la transcripción de la entrevista.

El grupo focal hizo énfasis en la educación prenatal que recibieron o no recibieron las estudiantes que se embarazaron durante su formación académica en la UTC. La historia de vida profundizó en la experiencia de maternidad de cada estudiante. La entrevista indagó sobre la perspectiva del fenómeno que tienen las autoridades de la UTC. Con estos tres elementos, se intentó cumplir con el objetivo establecido para esta parte del estudio.

Ilustración 1

Composición de la Unidad Hermenéutica

Administrador de documentos primarios

Documentos Edición Miscelánea Imprimir Visualizar

Buscar

| Familias | Id | Nombre | Medi... | Citas | Ubicación | Autor | Familias | Creado | Modifica... | Utiliz... | Origen |
|----------|-----|----------------------|---------|-------|---------------|-------|----------|-------------|-------------|-----------|-------------------|
| Docume | P 1 | analisis atlas ti... | PDF | 353 | Mi biblioteca | Super | | 21/03/20... | 30/05/20... | *** | E:\DOCTORADO\4... |
| | P 2 | analisis atlas.ti... | PDF | 187 | Mi biblioteca | Super | | 21/03/20... | 01/06/20... | Sí | E:\DOCTORADO\4... |
| | P 3 | analisis atlas ti... | PDF | 0 | Mi biblioteca | Super | | 07/06/20... | 07/06/20... | Sí | F:\DOCTORADO A... |

Nota: Atlas.ti. Elaborado por: Investigadora/A. Bosisio

Una vez que se han cargado todos los documentos de trabajo a la unidad hermenéutica se puede iniciar el proceso de análisis a través de la codificación de conceptos obtenidos por procesos deductivos o inductivos. Los códigos son generados por el autor para organizar las principales ideas que aparecen en los documentos analizados, mismas que luego se podrán agrupar en familias, es decir en temas generales, y presentar a través de redes, nubes de palabras, tablas de frecuencia etc.

En este estudio, para el proceso de codificación se siguieron lógicas deductivas e inductivas. Deductivas porque se fueron generando códigos relacionados con las dimensiones y categorías derivadas del marco teórico. Inductivas porque otros códigos fueron surgiendo de la interpretación de los resultados.

Los códigos generados mediante una lógica deductiva permitieron conformar 10 familias de códigos o unidades temáticas. Las familias de códigos permitieron agrupar los resultados obtenidos bajo una lógica inductiva. A continuación se presentan los listados de familias de códigos y códigos obtenidos.

Tabla 9

Dimensiones y categorías de análisis.

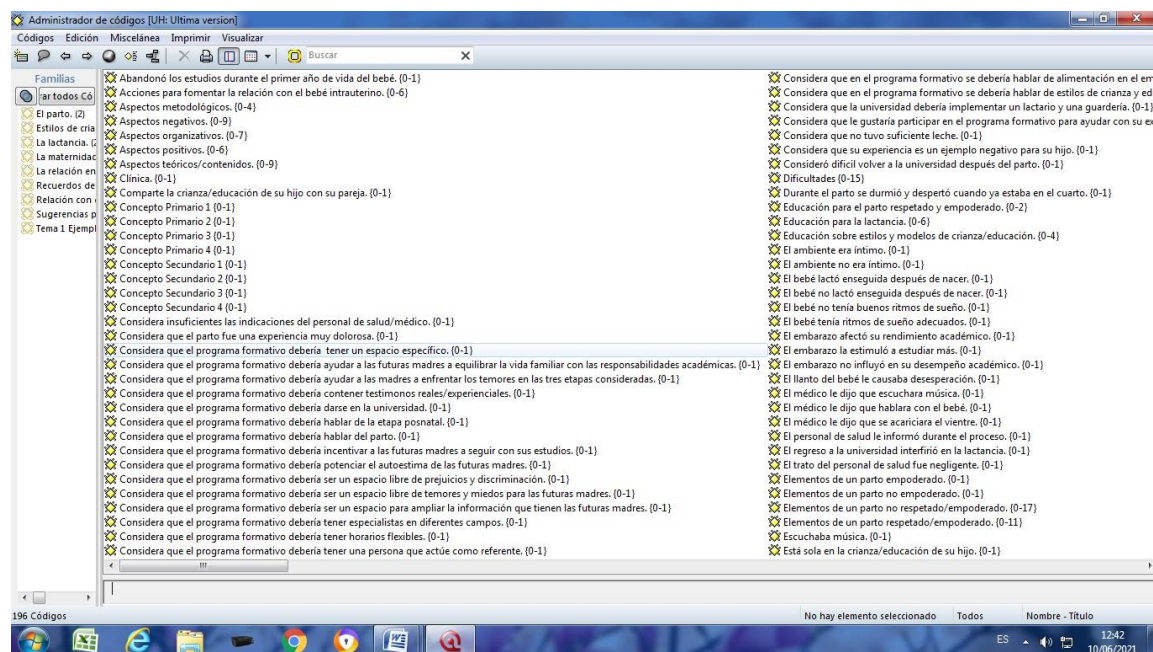
| DIMENSIONES | CATEGORÍAS |
|-----------------|---|
| Etapa prenatal | Educación prenatal y acompañamiento pedagógico. Cuidados físicos durante el embarazo. Cuidados emocionales durante el embarazo. Relación con el bebé intrauterino. Compatibilizar el embarazo y la universidad. |
| Parto | El parto. |
| Etapa posnatal | La lactancia. Modelos y estilos de crianza. Compatibilizar la maternidad y el estudio en la universidad. |
| Las tres etapas | Sugerencias para el programa formativo. |

Nota: Agnese Bosisio/Investigadora

A continuación se presentan los listados de códigos y familias:

Ilustración 2

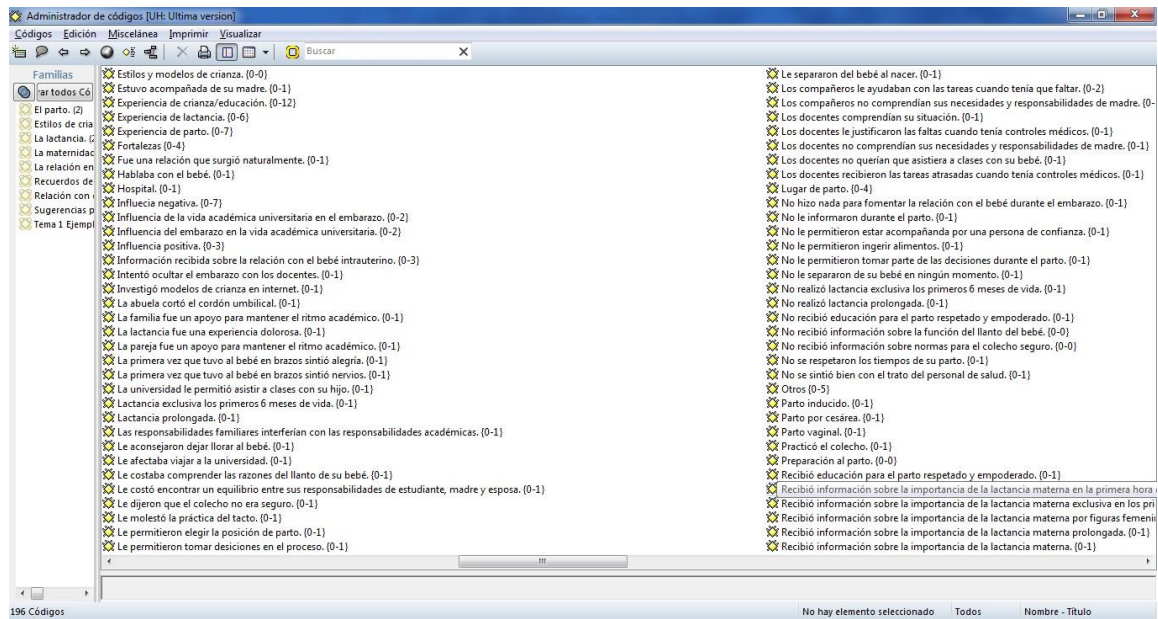
Listados de códigos y familias 1.



Nota: Agnese Bosisio/Investigadora

Ilustración 3

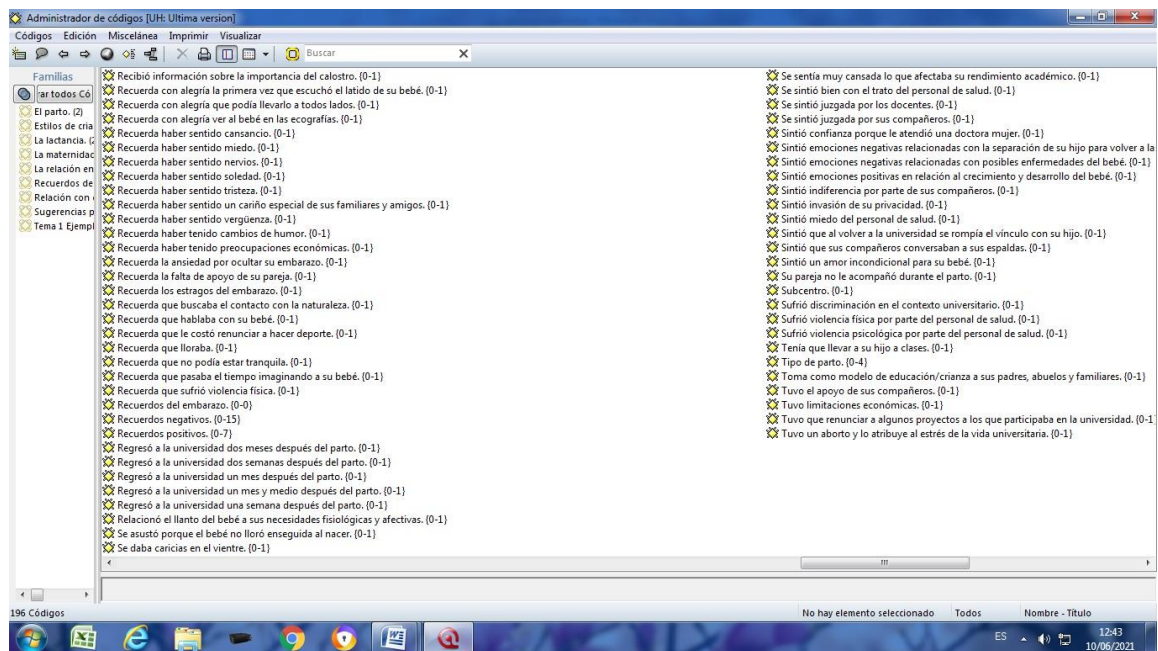
Listados de códigos y familias 2.



Nota: Agnese Bosisio/Investigadora

Ilustración 4

Listados de códigos y familias 3.



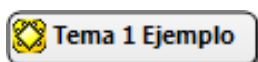
Nota: Agnese Bosisio/Investigadora

Una vez finalizado el proceso de codificación de los resultados se procedió a representar cada familia de códigos en una “Red Semántica”. Se trata de una opción que brinda Atlas.ti que permite graficar los análisis obtenidos mediante el software. A continuación se explica la presentación de los códigos en la redes semánticas.

El título de cada familia se presenta en las ilustraciones al centro y con este símbolo :

Ilustración 5

Nombre de la familia.

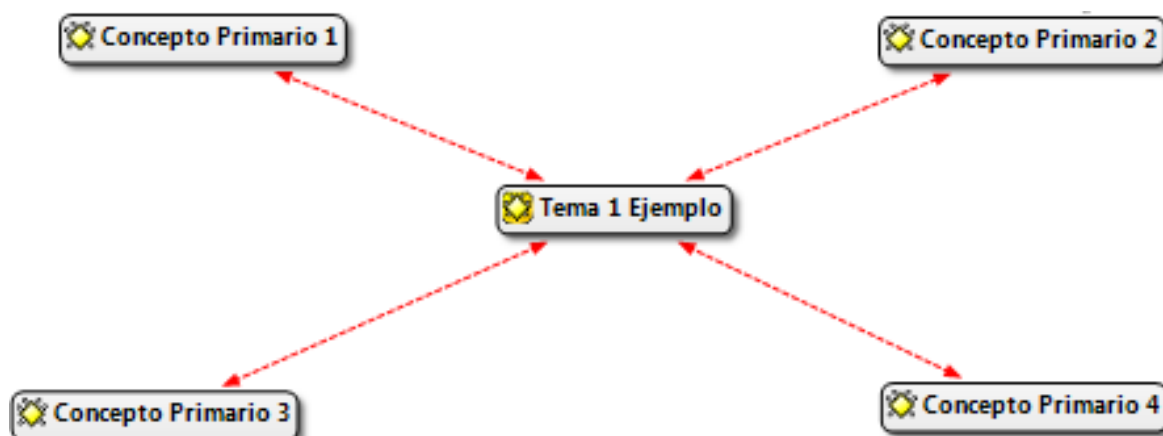


Nota: Agnese Bosisio/Investigadora

De cada unidad temática se desprenden conceptos primarios que se originan del marco teórico mediante un proceso deductivo. Estos conceptos están codificados y están señalizados con otro tipo de símbolo y se encuentran unidos a la unidad temática a través de flechas bidireccionales, rojas y entrecortadas, como se observa en la siguiente imagen:

Ilustración 6

Ejemplo de Red Semántica: Conceptos primarios (obtenidos por deducción).

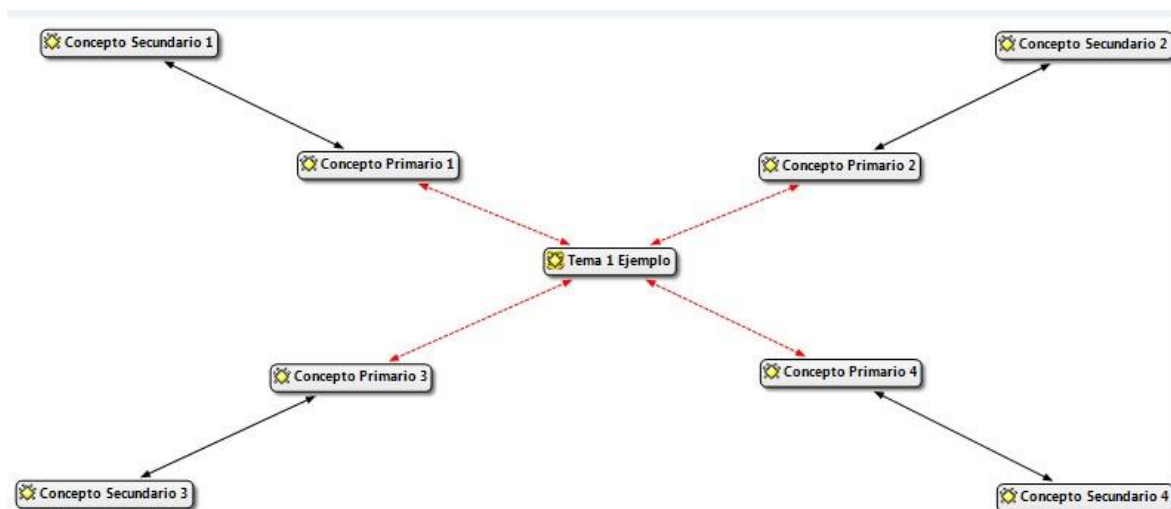


Nota: Agnese Bosisio/Investigadora

De los conceptos primarios se desprenden conceptos secundarios que también se encuentran codificados. Los conceptos secundarios se obtienen de un análisis inductivo de los resultados obtenidos y se encuentran unidos a los códigos primarios a través de flechas bidireccionales, negras y continuas, como se observa en la siguiente imagen:

Ilustración 7

Ejemplo de Red Semántica: Conceptos secundarios (obtenidos por inducción).



Nota: Atlas.ti. Investigadora/A. Bosisio

Finalmente cada red semántica va acompañada de una tabla en la que constan: la unidad temática, los conceptos primarios y los conceptos secundarios.

Tabla 10

Ejemplo de Red Semántica: Conceptos secundarios (obtenidos por inducción).

| Unidad temática | Conceptos primarios | Conceptos Secundarios |
|-------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Título de la unidad temática. | Codigo 1 | Codigo 5 Codigo 6 |
| | Codigo 2 | Codigo 7 Codigo 8 |
| | Codigo 3 | Codigo 9 |

| | | |
|--|----------|-----------|
| | | Codigo 10 |
| | Codigo 4 | Codigo 11 |
| | | Codigo 12 |

Nota: Agnese Bosisio/Investigadora

En conclusión se llevó a cabo un proceso minucioso de investigación cualitativa, triangulando técnicas e informantes, para alcanzar resultados válidos, fiables y objetivos.

Tabla 11

Diseño metodológico de la fase 5.

| TABLA DE RESUMEN | |
|--------------------------------------|---|
| Pregunta de investigación: | ¿Cómo influyó la educación prenatal, para el parto y posnatal, o ausencia de la misma, en la experiencia de maternidad de las estudiantes que se convirtieron en madres durante su formación académica en la Universidad Técnica de Cotopaxi? |
| Objetivo de la investigación: | Comprender y describir las acciones educativas realizadas o no realizadas por la Universidad Técnica de Cotopaxi, en relación a la experiencia de maternidad de las estudiantes que durante su formación académica se convirtieron en madres. |
| Método: | Etnográfico |
| Finalidad: | Visibilizar los "mundos de vida", percepciones, emociones, experiencias de las participantes. |
| Profundidad: | Descriptiva |
| Alcance temporal: | Retrospectivo |
| Marco: | De campo |
| Amplitud: | Microsociológica |
| Técnica: | Grupo focal, historia de vida, entrevista. |
| Instrumento: | Guías de preguntas. |
| Nivel de análisis: | Deductivo/Inductivo |
| Software de análisis: | Atlas.ti |
| Informantes: | Estudiantes de la U.T.C. que durante su formación académica se convirtieron en madres. |

Nota: Agnese Bosisio/Investigadora

3.4 Conclusiones del capítulo.

En este capítulo el diseño metodológico utilizado para el diagnóstico elaborado en esta investigación doctoral.

Como se pudo observar, se dividió el diagnóstico en dos fases: la fase uno comprendió el análisis estadístico de datos obtenidos en fuentes documentales de la Universidad Técnica de Cotopaxi. En la fase dos se hizo un profundo análisis cualitativo en el que se intentó describir como las acciones educativas realizadas o no realizadas por la Universidad Técnica de Cotopaxi en relación a las estudiantes que experimentan las etapas prenatal, parto y posnatal y se convierten en madres durante su formación académica en la institución, influyen en ellas estas experiencias. En esta segunda fase se triangularon las técnicas cualitativas de entrevista, grupo focal e historias de vida y participaron en ellas un grupo de 10 estudiantes de la U.T.C. y la Directora de Bienestar Estudiantil.

Finalmente se describió el uso de Atlas.ti para el análisis deductivo e inductivo de los resultados obtenidos.

En el próximo capítulo se exponen los resultados obtenidos a través de la aplicación de este diseño metodológico.

Capítulo 4: Resultados del diagnóstico.

4.1 Introducción del capítulo.

En el siguiente capítulo se presentan los principales resultados obtenidos en el diagnóstico realizado en este estudio.

Como se mencionó anteriormente el diagnóstico tiene el objetivo de describir la situación actual de las estudiantes que se convierten en madres durante su formación académica en la Universidad Técnica de Cotopaxi -UTC-, así como las acciones educativas que la institución ha realizado o no, en las etapas prenatal, parto y posnatal.

El diagnóstico tuvo dos fases importantes: por un lado el análisis de datos estadísticos obtenidos por fuentes documentales institucionales. Por otro lado la aplicación de tres técnicas cualitativas de investigación.

A continuación se presentan los resultados recogidos a través de la aplicación del diseño metodológico expuesto en el apartado anterior.

4.2 Fase 1: Análisis estadístico del problema.

En esta primera fase del estudio, se realiza un análisis documental de las fuentes estadísticas procedentes la UTC con la finalidad de entender la dimensión del problema.

Las estadísticas de la UTC indican que entre los años 2016-2019, la institución ha tenido un promedio de 8.447 estudiantes por ciclo académico.

Tabla 12*Matriculados U.T.C. 2016-2019*

| CICLO ACADÉMICO | TOTAL | CAMPUS | ESTUDIANTES |
|--------------------|-------------|-------------|-------------|
| | | MATRIZ | MUJERES |
| 2016-2017 | 8278 | 7164 | 3612 |
| 2017-2017 | 8077 | 6948 | 3428 |
| 2017-2018 | 7908 | 5147 | 2334 |
| 2018-2018 | 8352 | 7098 | 3540 |
| 2018-2019 | 8551 | 7170 | 3610 |
| 2019-2019 | 9513 | 7910 | 4121 |
| 2019-2020 | 9879 | 8192 | 3822 |
| 2020-2020 | 10708 | 8628 | 4021 |
| 2020-2021 | 11063 | 8693 | 4087 |
| Promedio | 9148 | 7439 | 3619 |

Nota. Fuente: Estadísticas Dirección de Servicios Informáticos U.T.C. - Elaborado por Agnese Bosisio/Investigadora.

Como se puede observar en los datos registrados por la Dirección de Servicios Informáticos de la UTC, los ciclos académicos de la UTC van de octubre a marzo y de abril a agosto de cada año. La Universidad en los últimos años ha tenido un incremento significativo de su población estudiantil. La segunda columna reporta los estudiantes de la Matriz (campus San Felipe, Salache) que son en promedio 7439, de los cuales 4087 son mujeres. De estos datos se obtiene que el 54,94% de la población de estudiantes es de género femenino.

La Dirección de Bienestar Estudiantil ha realizado en esos tres años un registro de las estudiantes embarazadas que acuden a sus servicios por diferentes necesidades. Ese registro se lleva a cabo a partir del 2017 y cuenta con los siguientes datos:

Tabla 13*Estudiantes gestantes por año.*

| AÑO | ESTUDIANTES GESTANTES | OBSERVACIONES |
|------------|----------------------------------|--|
| 2017 | 68 | |
| 2018 | 74 | |
| 2019 | 65 | |
| 2020 | | *Se desconoce el dato debido a que por la pandemia del COVID19 todas las actividades de la institución se desarrollaron de manera virtual. |
| Total | 207 | |

Nota. Fuente: Estadísticas de la Dirección de Bienestar Estudiantil U.T.C. - Elaborado por Agnese Bosisio/Investigadora.

En el año 2017 se registraron 68 estudiantes gestantes que acudieron al servicio médico de la Dirección de Bienestar Estudiantil. En el año 2018 se registraron 74 estudiantes gestantes que acudieron al servicio médico de la Dirección de Bienestar Estudiantil. En el 2019 fueron 65. En el 2020, debido a la virtualización de las actividades académicas, la Dirección de Bienestar Estudiantil no tuvo un registro del número de embarazos en estudiantes.

Si se establece una relación entre el promedio de estudiantes mujeres matriculadas cada año en la sede matriz de la UTC y el número de estudiantes gestantes registradas en los mismos límites espacio-temporales, se puede decir que anualmente dos de cada cien alumnas se encuentran embarazadas.

Cabe señalar además que, las estudiantes gestantes no tienen obligación alguna de asistir a la Dirección de Bienestar Estudiantil, por lo que las cifras registradas por este departamento

pueden resultar incompletas. Además, en las cifras planteadas no se disponen datos relacionados con los Campus La Maná y Pujilí.

4.3 Fase 2: Resultados del estudio cualitativo.

4.3.1 Caracterización de la población participante en el grupo focal y en las historias de vida.

Antes de aplicar el grupo focal y las historias de vida se procedió a completar con las participantes una ficha de caracterización para obtener informaciones generales de las mismas.

A continuación se presentan los principales resultados a través de tablas de datos y la representación gráfica de las mismas.

4.3.1.1 Edad del primer embarazo.

De las 10 participantes el 10% se embarazó antes de los 18 años, el 50% entre los 18 y los 22 años de edad y el 40% entre los 22 y los 25 años de edad. Tomando en cuenta que la adolescencia llega hasta los 19 años de edad, se puede considerar que existe un porcentaje de alumnas que se embarazó en esta edad temprana.

Tabla 14

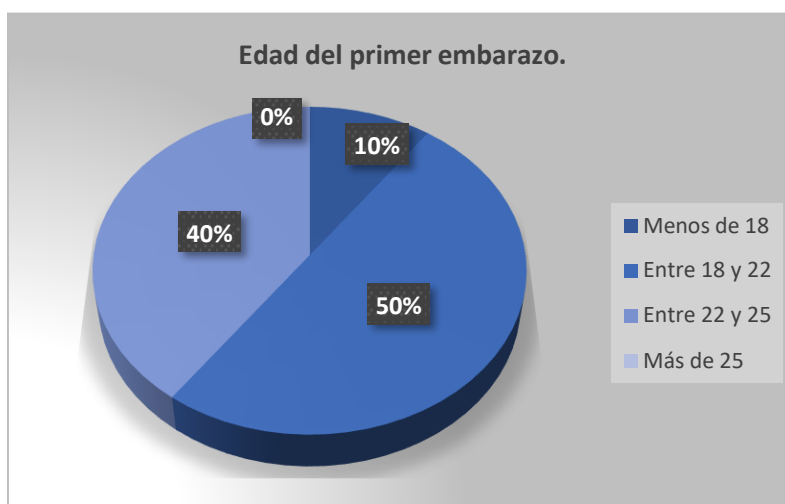
Edad del primer embarazo.

| Edad | Respuestas | Porcentaje |
|---------------|-------------------|-------------------|
| Menos de 18 | 1 | 10,00% |
| Entre 18 y 22 | 5 | 50,00% |
| Entre 22 y 25 | 4 | 40,00% |
| Más de 25 | 0 | 0,00% |
| Total | 10 | 100,00% |

Nota. Fuente Estudiantes participantes al estudio. Elaborado por Agnese Bosisio/Investigadora.

Ilustración 8

Edad del primer embarazo.



Nota. Fuente Estudiantes participantes al estudio. Elaborado por Agnese Bosisio/Investigadora.

4.3.1.2 Número de embarazos durante la formación académica en la universidad.

De las estudiantes participantes, ocho se embarazaron una vez durante su vida académica en la UTC, y dos estudiantes tuvieron dos gestaciones. Cabe mencionar que una de las participantes tuvo una gestación previa a su ingreso a la universidad y una durante la misma.

Tabla 15

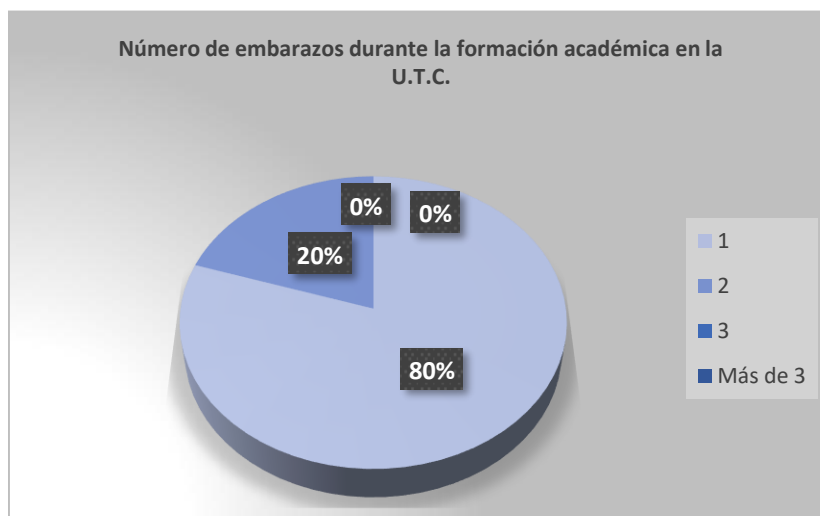
Número de embarazos en la universidad.

| Número de Embarazos | Respuestas | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| 1 | 8 | 80,00% |
| 2 | 2 | 20,00% |
| 3 | 0 | 0,00% |
| Más de 3 | 0 | 0,00% |
| Total | 10 | 100,00% |

Nota. Fuente Estudiantes participantes al estudio. Elaborado por Agnese Bosisio/Investigadora.

Ilustración 9

Número de embarazos en la universidad.



Nota. Fuente Estudiantes participantes al estudio. Elaborado por Agnese Bosisio/Investigadora.

4.3.1.3 Periodo académico del primer embarazo.

Se indagó acerca de la etapa de formación académica que cursaban las estudiantes participantes al estudio cuando se embarazaron por primera vez. Una de las participantes se embarazó durante la nivelación. Una entre el primero y el tercer ciclo académico. Seis se embarazaron entre el tercero y el sexto ciclo académico. Dos concibieron a sus hijos entre el sexto y el décimo ciclo de formación académica en la U.T.C. Por lo que se puede establecer que el 80,00% de las estudiantes participantes se convirtieron en madres antes de haber cumplido con la mitad de su proceso de formación académica en la U.T.C.

Tabla 16

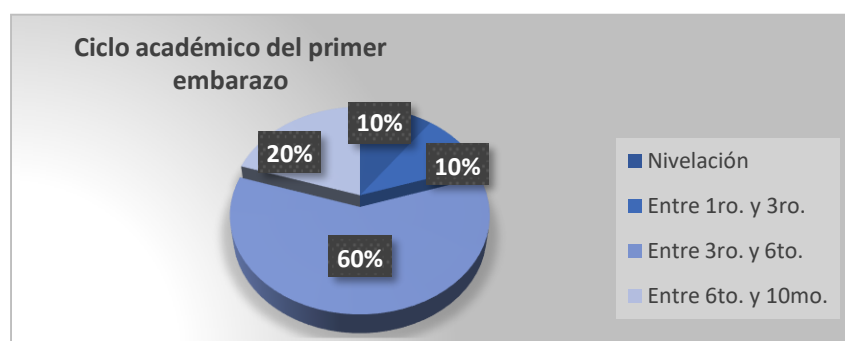
Ciclo académico del primer embarazo.

| Periodo Académico de Embarazo | Respuestas | Porcentaje |
|-------------------------------|------------|------------|
| Nivelación | 1 | 10,00% |
| Entre 1ro. y 3ro. | 1 | 10,00% |
| Entre 3ro. y 6to. | 6 | 60,00% |
| Entre 6to. y 10mo. | 2 | 20,00% |
| Total | 10 | 100,00% |

Nota. Fuente Estudiantes participantes al estudio. Elaborado por Agnese Bosisio/Investigadora

Ilustración 10

Ciclo académico del primer embarazo.



Nota. Fuente Estudiantes participantes al estudio. Elaborado por Agnese Bosisio/Investigadora

4.3.1.4 Grupo étnico de pertenencia.

De las participantes al estudio 9 se identificaron como mestizas y una como indígena. Los principales grupos étnicos del Ecuador son: mestizos, blancos, montubios, afro-ecuatorianos e indígenas. Este último grupo está conformado por 14 pueblos o nacionalidades, es por ello que el Ecuador es considerado un país multi-étnico.

Tabla 17

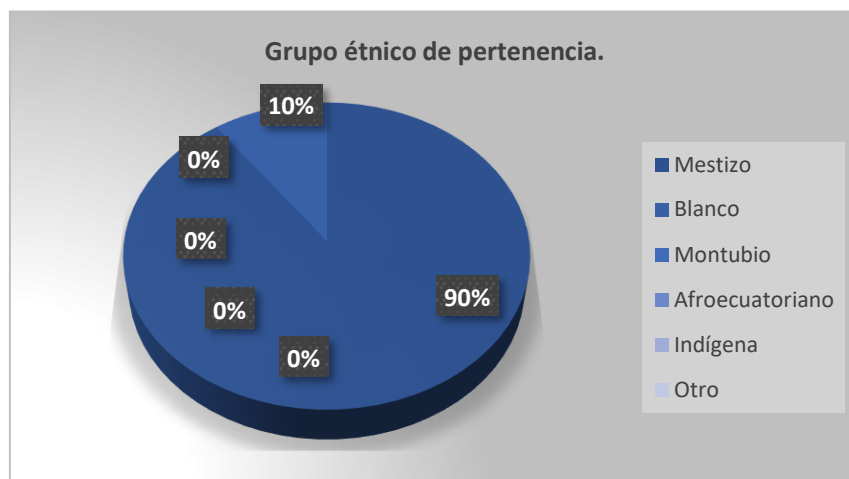
Ciclo académico del primer embarazo.

| Grupo étnico de pertenencia | Respuestas | Porcentaje |
|-----------------------------|------------|------------|
| Mestizo | 9 | 90,00% |
| Blanco | 1 | 10,00% |
| Montubio | 0 | 0,00% |
| Afroecuatoriano | 0 | 0,00% |
| Indígena | 0 | 0,00% |
| Otro | 0 | 0,00% |
| Total | 10 | 100,00% |

Nota. Fuente Estudiantes participantes al estudio. Elaborado por Agnese Bosisio/Investigadora

Ilustración 11

Ciclo académico del primer embarazo.



Nota. Fuente Estudiantes participantes al estudio. Elaborado por Agnese Bosisio/Investigadora

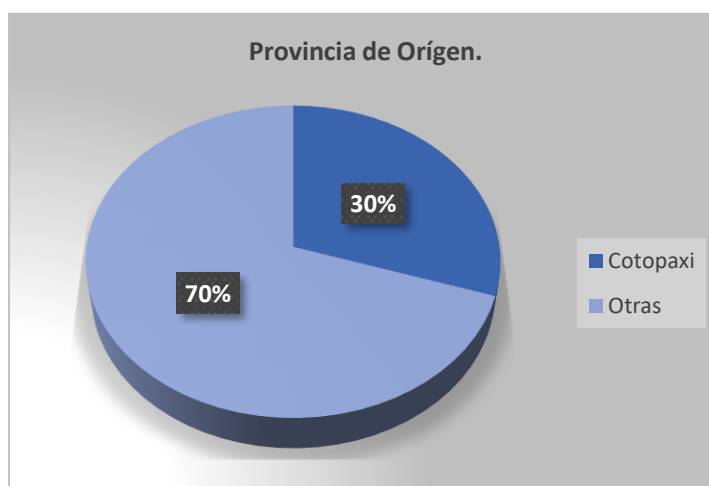
4.3.1.5 Provincia de origen.

Siete de las diez participantes al estudio provienen de otras provincias del Ecuador, las otras tres son oriundas de la provincia de Cotopaxi.

Tabla 18*Provincia de origen.*

| Provincia de origen | Respuestas | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| Cotopaxi | 3 | 30,00% |
| Otras | 7 | 70,00% |
| Total | 10 | 100,00% |

Nota. Fuente Estudiantes participantes al estudio. Elaborado por Agnese Bosisio/Investigadora

Ilustración 12*Provincia de origen.*

Nota. Fuente Estudiantes participantes al estudio. Elaborado por Agnese Bosisio/Investigadora

4.3.1.6 Número de controles médicos realizados durante el embarazo.

Se les preguntó a las participantes cuantos controles médicos se realizaron durante el embarazo, a lo que respondieron: menos de tres el 10%, entre tres y seis el 20%, entre seis y nueve el 60%, más de 9 el 10%.

En el estudio teórico se planteó que tres controles son obligatorios durante el embarazo, aunque es recomendable realizarse un control médico al mes. Existe un porcentaje considerable que no se realizó un control mensual y un porcentaje mínimo que no recibió ni siquiera los tres controles obligatorios.

Tabla 19

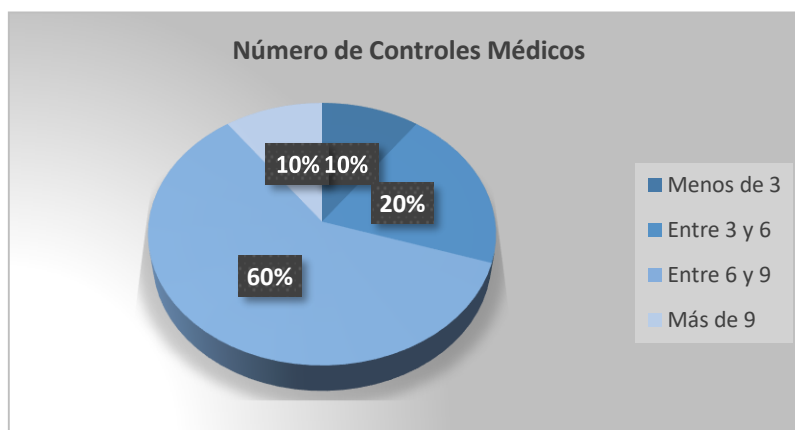
Número de controles prenatales.

| Número de Controles | Respuestas | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| Menos de 3 | 1 | 10,00% |
| Entre 3 y 6 | 2 | 20,00% |
| Entre 6 y 9 | 6 | 60,00% |
| Más de 9 | 1 | 10,00% |
| Total | 10 | 100,00% |

Nota. Fuente Estudiantes participantes al estudio. Elaborado por Agnese Bosisio/Investigadora

Ilustración 13

Número de controles prenatales.



Nota. Fuente Estudiantes participantes al estudio. Elaborado por Agnese Bosisio/Investigadora

4.1.3.7 Tipo de parto.

Siete de las diez informantes tuvieron un parto natural, tres un parto por cesárea. El tipo de parto incide en las posibilidades de participar activamente en la toma de decisiones durante

el proceso, por parte de la madre. Además, es necesario considerar que el tiempo de recuperación de la madre puede ser superior si le realizan una cesárea, es así que en la UTC, la Dirección de Bienestar Estudiantil otorga a las alumnas que se convierten en madres, 8 días de permiso si tienen un parto normal y 15 días si tienen un parto por cesárea.

Tabla 20

Tipo de parto.

| Tipo de parto | Respuestas | Porcentaje |
|---------------|------------|------------|
| Natural | 7 | 70,00% |
| Cesárea | 3 | 30,00% |
| Total | 10 | 100,00 |

Nota. Fuente Estudiantes participantes al estudio. Elaborado por Agnese Bosisio/Investigadora

Ilustración 14

Tipo de parto.



Nota. Fuente Estudiantes participantes al estudio. Elaborado por Agnese Bosisio/Investigadora

4.3.2 Análisis y Discusión de resultados del estudio cualitativo con Atlas.ti.

El objetivo de esta fase de la investigación fue comprender y describir la influencia de las acciones educativas realizadas o no realizadas por la Universidad Técnica de Cotopaxi, en relación a la experiencia de las estudiantes que durante su formación académica se convirtieron en madres.

Para cumplir con el objetivo, se triangularon técnicas de investigación e informantes, utilizando el grupo focal, la historia de vida y la entrevista, e interrogando sobre los temas de interés a un grupo de estudiantes de la UTC que se convirtieron en madres durante el proceso de formación académica, así como a la Directora de Bienestar Estudiantil de la Universidad.

Como se mencionó en el diseño metodológico de la investigación, los resultados obtenidos se unificaron en una unidad hermenéutica y fueron analizados con Atlas.ti. A continuación se reportan los principales resultados de un proceso interpretativo a la vez deductivo e inductivo. Deductivo porque partió de dimensiones y categorías definidas en el marco teórico e inductivo porque fue surgiendo de los datos informados por las participantes. Se presenta la red semántica y los principales resultados de cada categoría considerada en el diseño metodológico, acompañada por un cuadro resumen de los códigos de cada familia.

Las redes semánticas contienen el título de la familia (unidad temática), los códigos primarios unidos al título con flechas rojas bidireccionales entrecortadas, los códigos secundarios unidos a los primarios por flechas negras bidireccionales, así como se explicó en el diseño metodológico.

Al gráfico y a la tabla, le sigue el análisis de los resultados.

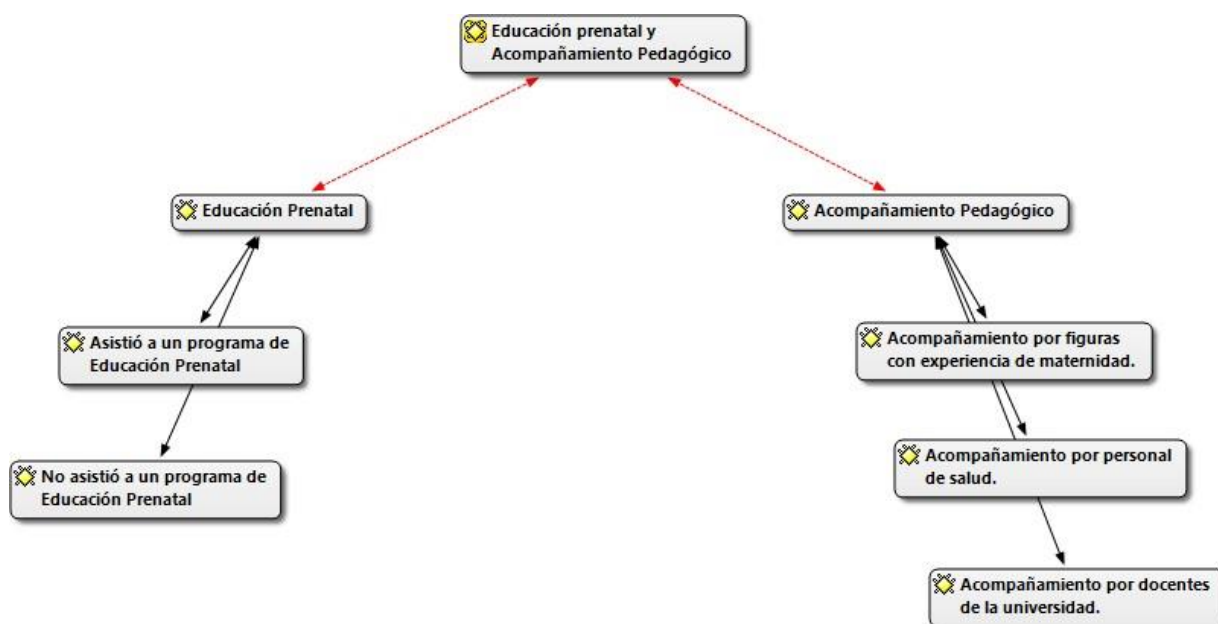
Para mantener el anonimato de las informantes, se las enumeró y se les asignó una codificación que consta en los anexos de este documento y se usó el código de cada una durante la presentación de los resultados.

4.3.2.1 Educación prenatal y acompañamiento pedagógico.

La primera pregunta estuvo enfocada a comprender si las estudiantes habían participado a algún programa de educación prenatal y/o si alguna persona había asumido con ellas un rol pedagógico durante esa etapa de sus vidas.

Ilustración 15

Educación prenatal y acompañamiento pedagógico.



Nota. Atlas.Ti - Elaborado por: Agnese Bosisio/Investigadora.

Tabla 21

Listado de códigos: Educación prenatal y acompañamiento pedagógico.

| Unidad temática | Conceptos primarios | Conceptos Secundarios |
|---|----------------------------|---|
| Educación prenatal y acompañamiento pedagógico. | Educación Prenatal | Asistió a un programa de educación prenatal. |
| | | No asistió a un programa de educación prenatal |
| | Acompañamiento pedagógico. | Acompañamiento por figuras con experiencia de maternidad. |
| | | Acompañamiento por personal de salud. |
| | | Acompañamiento por docentes de la universidad. |

Nota. Elaborado por: Agnese Bosisio/Investigadora.

De las 10 participantes, solo una participó en un programa de educación prenatal ofertado por el centro de salud en el que se realizó los controles gestacionales. La participante EEUTCGF6 planteó: *“ahí me dieron unos folletos, y me educaban sobre cómo iba a ser mi proceso de embarazo, qué síntomas debía tener, qué no, cómo me debía sentir...”*.

La mayor parte de participantes, manifestaron que habían recibido un acompañamiento educativo en esta etapa, por parte de sus madres, abuelas, hermanas, tías. La característica que prevalece en muchas de las informantes es que estas mujeres (madres, abuelas, hermanas, tías) tenían ya una experiencia propia de maternidad, por lo que se habían constituido en una valiosa fuente de información y consejos. Es así que la informante EEUTCGF3 manifiesta *“mi mamá y mi abuela me acompañaron durante este proceso y como ellas ya pasaron por esto, entonces ya tenían el conocimiento”*. Asimismo, la informante EEUTCGF7 expresó *“pero mi mamá me orientó sobre cómo iba a ser el parto, durante el embarazo, los riesgos y complicaciones que podía tener”*. La participante EEUTCGF7 dijo que *“la persona que asumió este papel de acompañamiento pedagógico fue mi mamá. Ella me decía lo típico: ‘tienes que cuidarte, tienes que alimentarte bien, ya no tienes que pensar por uno, come por dos’”*.

Solo una informante (EEUTCGF4) dijo haber recibido educación prenatal o acompañamiento pedagógico durante la etapa del embarazo por parte de algún actor miembro de la comunidad universitaria: *“se puede decir que el acompañamiento pedagógico que tuve fue con la profesora que nos impartía las clases de puericultura, entonces ahí pude yo ver las etapas de mi embarazo”*. Se trata de una estudiante de la carrera de “Educación Inicial” quien dentro de su programa académico cursó la materia “Puericultura” en la que pudo obtener información relacionada con el embarazo y la maternidad, pero no se trató de un programa de educación prenatal como tal, enfocado a su experiencia.

El principal resultado de este análisis es que ninguna de las estudiantes recibió educación prenatal o acompañamiento pedagógico para su experiencia de maternidad por algún

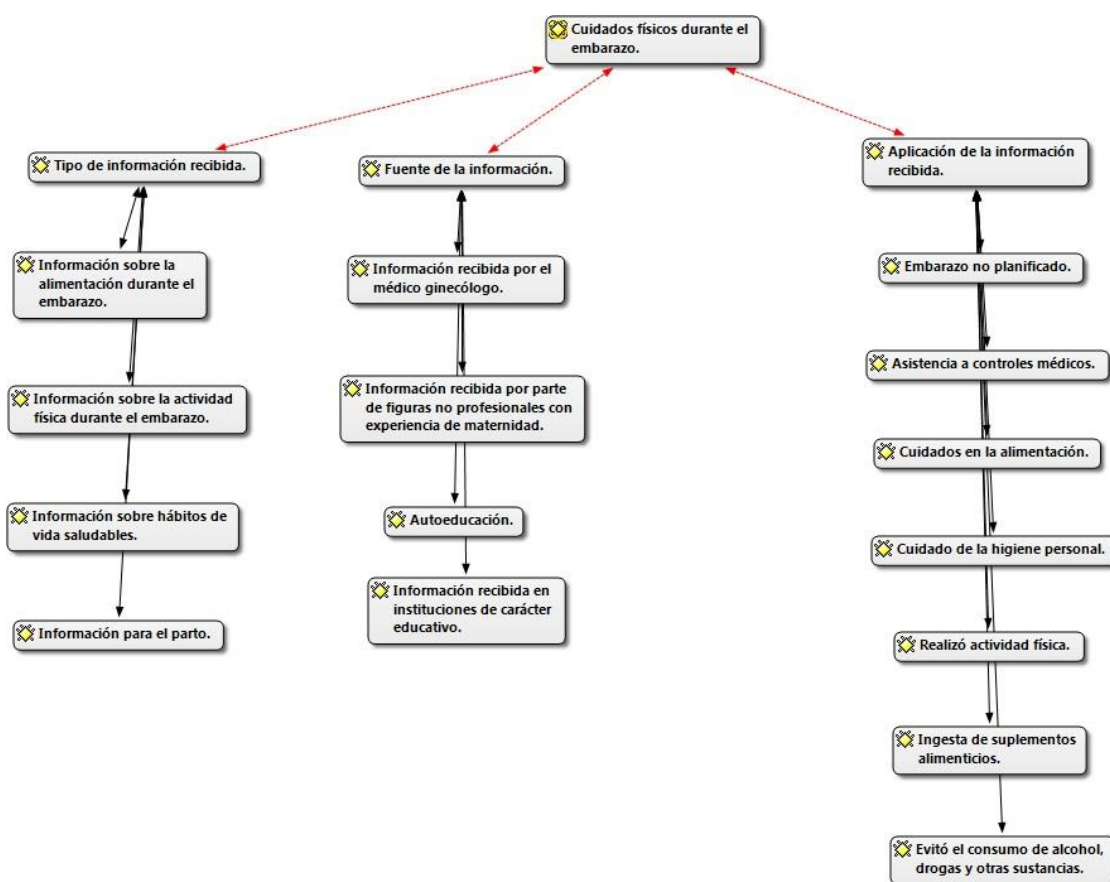
miembro relacionado con la Universidad Técnica de Cotopaxi. Solamente una estudiante recibió información prenatal en una casa de salud. Todas las participantes recibieron información y acompañamiento por parte de figuras femeninas de su entorno familiar, las mismas que ofrecieron conocimientos empíricos basados en sus propias experiencias de maternidad.

4.3.2.2 Cuidados físicos durante el embarazo.

Se interrogó a las estudiantes acerca de la información que habían recibido sobre los cuidados físicos necesarios para llevar un embarazo sano y como los habían aplicado a su experiencia. A continuación se presentan los resultados obtenidos:

Ilustración 16

Cuidados físicos durante el embarazo.



Nota. Atlas.Ti - Elaborado por: Agnese Bosisio/Investigadora.

Tabla 22

Listado de códigos: Cuidados físicos durante el embarazo.

| Unidad temática | Conceptos primarios | Conceptos Secundarios |
|---------------------------------------|--|---|
| Cuidados físicos durante el embarazo. | Tipo de información recibida. | <p>Información sobre la alimentación durante el embarazo.</p> <p>Información sobre la actividad física durante el embarazo.</p> <p>Información sobre hábitos de vida saludables.</p> <p>Información para el parto.</p> |
| | Fuente de la información. | <p>Información recibida por el médico ginecólogo.</p> <p>Información recibida por parte de figuras no profesionales con experiencia de maternidad.</p> <p>Autoeducación.</p> <p>Información recibida en instituciones de carácter educativo.</p> |
| | Aplicación de la información recibida. | <p>Embarazo no planificado.</p> <p>Asistencia a controles médicos.</p> <p>Cuidados en la alimentación.</p> <p>Cuidado de la higiene personal.</p> <p>Realizó actividad física.</p> <p>Ingesta de suplementos alimenticios.</p> <p>Evitó el consumo de alcohol, drogas y otras sustancias.</p> |

Nota. Agnese Bosisio/Investigadora.

En el grupo focal se interrogó a las informantes acerca de la información que habían recibido sobre alimentación, hábitos de vida saludable, prácticas de higiene física, actividad física, prácticas de estimulación temprana durante el embarazo en beneficio del desarrollo de su bebé; además de posibles daños generados al bebé por el estrés, tabaquismo, consumo de alcohol, drogas o medicamentos. También se les preguntó por parte de quién habían recibido esa información.

En la parte izquierda del gráfico se puede observar como las alumnas informantes en su mayoría respondieron que habían recibido esa información por parte del médico ginecólogo con el que se realizaron los controles prenatales y una vez más, por parte de sus madres y demás familiares. Dos informantes mencionaron haber realizado procesos de auto-educación al respecto. Ninguna mencionó a actores relacionados con la Universidad.

En la parte derecha de la red semántica se observa cómo cuidaron su cuerpo durante el embarazo, en los mismos aspectos contemplados en la pregunta anterior.

Un primer aspecto que se puede tener en consideración es que todas las alumnas que compartieron sus historias de vida mencionaron que sus embarazos no fueron planificados ni esperados. De este dato se concluye que no realizaron el control médico prenatal, al cual se da importancia en la fundamentación teórica de esta investigación, por cuanto permite prevenir algunos problemas que podrían suscitarse durante la gestación. Luego, la mitad de las informantes, mencionan que asistieron con regularidad a los controles ginecológicos, de hecho se puede observar que los médicos juegan un rol importante en la divulgación de la información que las estudiantes pudieron recibir.

Varias informantes mencionan haber recibido información acerca de la alimentación durante el embarazo:

La estudiante EEUTCGF6 mencionó: *“En cuanto a la información recibida sobre alimentación, la recibí por parte de mi ginecóloga y a su vez de mi mamá. Ya que ellas me decían qué debía comer, qué no debía comer, cómo alimentarme bien para que mi nena nazca sanita”*.

La alumna EEUTCGF7, quien manifiesta que *“desde el inicio de mi embarazo, mi mamá me orientaba sobre la alimentación, pero a partir de los cuatro meses me guió una nutricionista, porque tenía anemia (...) para mejorar también el peso de mi bebé, porque estaba mal”*.

La informante EEUTCGF1 dijo: *“Yo viajaba todos los días desde Ambato y a veces no tenía la oportunidad de comer bien, pero sin embargo siempre me dijo lo que tenía que hacer,*

trataba de hacerlo y bueno creo que sí lo logré, mi hija está sana, no pasó nada...". Es posible poner en consideración que los alumnos, durante sus jornadas de estudio, en muchos casos pasan varias horas sin comer y además que, por cuestiones de tiempo y económicas, suelen preferir el consumo de comidas rápidas y frituras.

EEUTCGF9 informó: *"De los alimentos me informó mi ginecólogo, que eran 5 comidas al día, a parte de eso me daba vitaminas, hierro, calcio, para tener un bebé saludable"*.

En las historias de vida, en las que las alumnas narraron como fue su experiencia de embarazo, con respecto a la alimentación se puede observar que solamente una alumna mencionó no haber cuidado su alimentación durante el embarazo.

La alumna EEUTCHV2 dice: *"me cuidé alimentándome bien, hacía seis comidas al día, a veces cinco"*.

La informante EEUTCHV3 menciona: *"yo no sabía mucho y busqué en internet como alimentarme, como estar bien, para que mi bebé y yo tuviéramos un peso adecuado al momento de nacer"*.

La estudiante EEUTCHV4 dijo: *"En la alimentación tenía una nutricionista que me decía cómo alimentarme, que ya no eran tres veces al día, sino cinco veces"*.

En el testimonio de estas estudiantes se puede observar que, de acuerdo a las indicaciones que recibieron, aumentaron las veces que comían o la cantidad de ingesta, se alimentaron más. No obstante, no existe evidencia de que lo hicieron mejor, o de que realmente tenían un conocimiento de las virtudes y bondades de los diferentes alimentos y de cómo estos podían influir sobre el desarrollo del bebé y la conservación de la salud de la madre. Además, como se observa en en la red semántica, varias madres tuvieron que recurrir a suplementos alimenticios. Por ejemplo, la alumna EEUTCHV7 menciona *"Yo tenía un alto índice de anemia, pero mi bebé estaba bien, por su sobrevivencia del ser humano dicen que está desde*

el primer momento, lo que él hizo es que tomaba todo lo que yo tenía, entonces él estaba bien, pero yo estaba mal".

Únicamente tres de las participantes incluyeron en sus rutinas la actividad física y dos de ellas mencionan haber cuidado de manera particular el aseo personal.

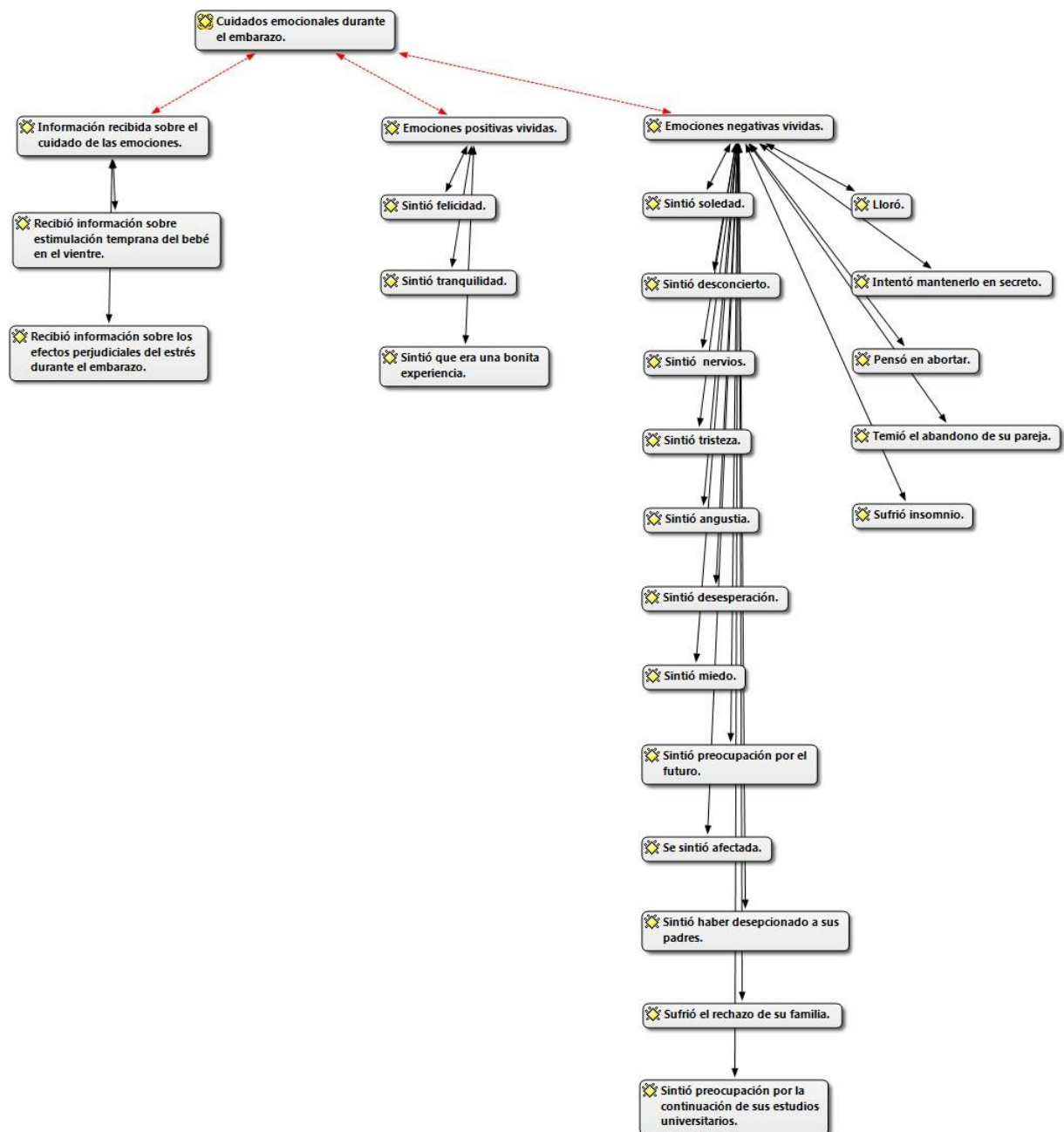
Los resultados principales que se pueden obtener en esta parte del análisis apuntan a que en primer lugar las estudiantes no recibieron una formación adecuada sobre los cuidados necesarios para llevar un embarazo sano. La información sobre la alimentación resulta ser bastante parcializada y el resto de los aspectos casi pasan desapercibidos durante los relatos. En segundo lugar se nota que la poca información que las alumnas recibieron fue a través de su familia y personal de salud, pero no hay evidencia de que la universidad esté jugando un papel formativo al respecto.

4.3.2.3 Cuidados de la esfera emocional durante el embarazo.

En este apartado se observó la información que las alumnas habían obtenido respecto al cuidado de sus emociones durante el embarazo y como la habían puesto en práctica en su experiencia. Se detallan los resultados.

Ilustración 17

Cuidados emocionales durante el embarazo.



Nota. Atlas.Ti - Elaborado por: Agnese Bosisio/Investigadora.

Tabla 23

Listado de códigos: Cuidados emocionales durante el embarazo.

| Unidad temática | Conceptos primarios | Conceptos Secundarios |
|---|---|--|
| Cuidados emocionales durante el embarazo. | Información recibida sobre el cuidado de las emociones. | Recibió información sobre estimulación temprana del bebé en el vientre. Recibió información sobre los efectos perjudiciales del estrés durante el embarazo. |
| | Emociones positivas vividas. | Sintió felicidad. Sintió tranquilidad. Sintió que era una bonita experiencia. |
| | Emociones negativas vividas. | Sintió soledad. Sintió desconcierto. Sintió nervios. Sintió tristeza. Sintió angustia. Sintió desesperación. Sintió miedo. Sintió preocupación por el futuro. Se sintió afectada. Sintió haber decepcionado a sus padres. Sufrió rechazo de su familia. Sintió preocupación por la continuación de sus estudios universitarios. Lloró. Intentó mantenerlo en secreto. Pensó en abortar. Temió el abandono de su pareja. Sufrió insomnio. |

Nota. Agnese Bosisio/Investigadora.

En este apartado el objetivo es analizar la educación que las participantes recibieron sobre el cuidado de las emociones durante el embarazo y de qué manera lo practicaron durante su experiencia de gestación.

Sobre la educación prenatal que las informantes recibieron, se les preguntó acerca de la información que tuvieron sobre alimentación, hábitos de vida saludable, prácticas de higiene física, mental y emocional, actividad física, prácticas de estimulación temprana durante el embarazo en beneficio del desarrollo del bebé. La mayor parte de las alumnas refirió haber recibido información acerca de cuidados físicos, no obstante, apenas dos madres dijeron haber tenido conocimiento sobre prácticas de estimulación temprana y dos informantes mencionaron saber los efectos perjudiciales del estrés sobre el niño intrauterino.

Por lo que se refiere a cómo las alumnas cuidaron sus emociones durante el embarazo, en las historias de vida se les preguntó a las alumnas sobre las emociones que recuerdan cuando descubrieron estar embarazadas. La informante EEUTCHV1 dijo *“En mi segundo embarazo en cambio ya fue diferente porque yo estaba buscando embarazarme y me puse muy contenta, muy feliz, lloraba de alegría porque como era bastante la diferencia de mi primer embarazo y al segundo embarazo que tuve, era una diferencia de casi 12 años, entonces yo estaba bastante emocionada y era bastante diferente”*. La alumna EEUTCHV8 mencionó *“todo lo que nosotros teníamos en ese momento, todo lo ocupábamos para lo que eran controles, el bebé, la primera ilusión de los dos, el primer bebé. Entonces... fue muy bonito, fue una experiencia muy bonita”*.

Varias de las participantes mencionan haber tenido emociones contrastantes. Por ejemplo la informante EEUTCHV4 *“Fue una noticia muy buena por un lado, pero por otro lado también me sentí mal que no terminé mis estudios”*. EEUTCHV9 dijo *“En ese momento fue entre felicidad y tristeza. Felicidad porque iba a tener un bebé, muy bonito y todo, pero tristeza porque sabía que estaba estudiando y entonces me ponía a pensar en mi estudio y en el bebé y en cómo iba a hacer”*.

Sin embargo, la mayor parte de las estudiantes que compartieron sus experiencias en las Historias de Vida, mencionaron que el descubrimiento de estar embarazadas vino acompañado de emociones como miedo, preocupación, tristeza, soledad. Esto las llevó en ocasiones a llorar, intentar ocultar sus embarazos, pensar en abortar, sufrir insomnio etc.

La informante EEUTCHV1 dijo *“cuando me embaracé por primera vez, de mi hija, obviamente la reacción fue diferente, lloré (demasiado), tenía tristeza, no sabía cómo decirles a mis papás, no sabía cómo actuar”*. Se puede observar que prevalecen emociones como el miedo y el desconcierto.

La participante EEUTCHV2 mencionó *“En el momento en que yo descubrí que iba a ser madre fue algo impactante, porque yo no le estaba esperando, creo que en eso, yo pensaba que iba a fallarle a mis padres, porque en su mente yo iba a graduarme, para después ejercer un cargo de ser madre, esposa o así, entonces en ese momento yo era así, como que una desesperación y a la vez una felicidad, pero entonces sí me afectó mucho al enterarme que yo estaba embarazada”*. Varias de las participantes mencionan que sintieron que el embarazo no llegaba en el momento “adecuado” de conformidad con una ideología en la cual el orden “correcto” de las experiencias debería ser terminar de estudiar y posteriormente formar una familia. Por otro lado, se observa en muchos de los relatos el temor de decepcionar a sus familias quienes las apoyaban en los estudios.

La alumna EEUTCHV3 expresó *“para mí al principio estaba tranquila, pero luego me cogieron los nervios, piensas en tu familia, pensé en mi papá, yo no soy de aquí, soy de lejos, entonces en ese momento me puse a llorar, se me vinieron muchas cosas a la cabeza, y piensas cosas malas también, vienen bastantes pensamientos “¿cómo le digo?” “¿qué hago?” “pero si a mí me mandaron a estudiar, no a esto”*. Se vienen muchas ideas malas, una de ellas fue la idea de abortar. Hubo un tiempo en el que yo y mi pareja decidimos no decirle nada a mi papá, igual no se me notaba, y nadie sabía”. En este relato también se observa el temor por la reacción de la familia, y como en otros testimonios aflora la preocupación de cómo será

compatibilizar la maternidad con el estudio universitario. Además la alumna menciona que en un primer momento sintió deseos de interrumpir su embarazo. Otra característica común a otras participantes fue que en un primer momento decidió mantener oculto su embarazo.

La estudiante EEUTCHV5 relató *“Cuando me enteré que yo iba ser madre fue difícil, porque yo estaba estudiando... y aparte de esto yo soy de otra ciudad, estaba aquí en la U y no sabía cómo decirle primero a mi familia, y a parte no sabía cómo iba a hacer en la Universidad, entonces me sentía triste, desesperada y tal vez pensando tomar decisiones tomadas así a lo rápido, cómo que a la desesperada. Lo primero es que uno piensa de que va a hacer, lo primero en mi mente era como que no, que no le puedo tener al bebé, o algo así, llegué al pensamiento de abortar”*. Cómo se puede leer la alumna sintió desesperación por: el temor a la reacción de su familia, la preocupación frente a la consecución de sus estudios de cara a la maternidad, la lejanía física de su familia. Por todas estas razones su primer pensamiento fue recurrir al aborto.

Cabe señalar que no se está haciendo énfasis en la idea de abortar en virtud de establecer un juicio moral (de esto, la investigación busca mantenerse alejada), sino que es necesario considerar en que en Ecuador el aborto no está despenalizado, por lo tanto, se puede realizar solo de manera clandestina y con escasas garantías para la salud de la mujer. Por otro lado, este dato permite considerar que las participantes no estaban buscando convertirse en madres, por lo que en un primer momento su reacción es de rechazo.

La informante EEUTCHV6 dijo *“En mi caso, tuve miedo, porque mi papi es bien cerrado, él es ‘las cosas se tienen que hacer derecho y lo otro no’. Yo tenía miedo de decirles que estaba embarazada, el temor era a como él reaccionaría, ya que, como le digo, mi papi.... Me dijo que él ya no tiene ninguna hija. La cosa fue fuerte, porque yo apenas tenía 19 años cuando me quedé embarazada y creo que yo tenía algunas metas mejores para mí”*. En este caso, al temor por la reacción de la familia, se agrega el maltrato de la misma: la futura madre se sintió rechazada como hija por parte de su padre.

La participante EEUTCHV7 mencionó: *“Al principio el mundo se cae porque uno tiene planificado estudiar, viajar un poco, tener su título, trabajar, y de ahí... lo que venga: casarse o ese tipo de cosas, no sé lo que me esperaba, pero al principio fue como que no lo voy a lograr, como que se me iba a trincar todo lo que yo ya tenía planificado. Esa fue como la primera idea de entrada. Y otra fue que, como mi pareja no vivía conmigo en ese entonces, yo estaba sola, y la una de dos: o él me va a decir: ‘Si, te apoyo’, o me va a decir: ‘No, hasta aquí llegamos’. Todo eso era un ir y venir en mi cabeza, que había noches en que yo no dormía, porque no sabía cómo le iba a decir a mi mamá, como le iba a decir a él mismo, a mi pareja, como iba a reaccionar, y sobre todo si mi mamá me iba a seguir apoyando, si iba a poder seguir estudiando, que era lo que quería. Esos fueron momentos de mucha desesperación, de mucha angustia”*. Como otras madres, relata que la maternidad no estaba en sus planes en ese momento de su vida, que tuvo temor de la reacción de su familia y que sintió preocupación por su futuro estudiantil. En este testimonio surge una idea nueva y es la incertidumbre sobre el nivel de compromiso que tendría el padre del bebé. El hecho que en muy pocos relatos figure el rol de los padres en esta experiencia permite leer entre líneas cómo en la sociedad ecuatoriana existe aún una marcada división de roles en la que la mayor responsabilidad por los hijos sigue recayendo sobre la mujer. De hecho, en la lectura completa de las historias de vida se puede ver que en la crianza intervienen de manera prioritaria las madres y las familias de las madres y los padres juegan un rol secundario.

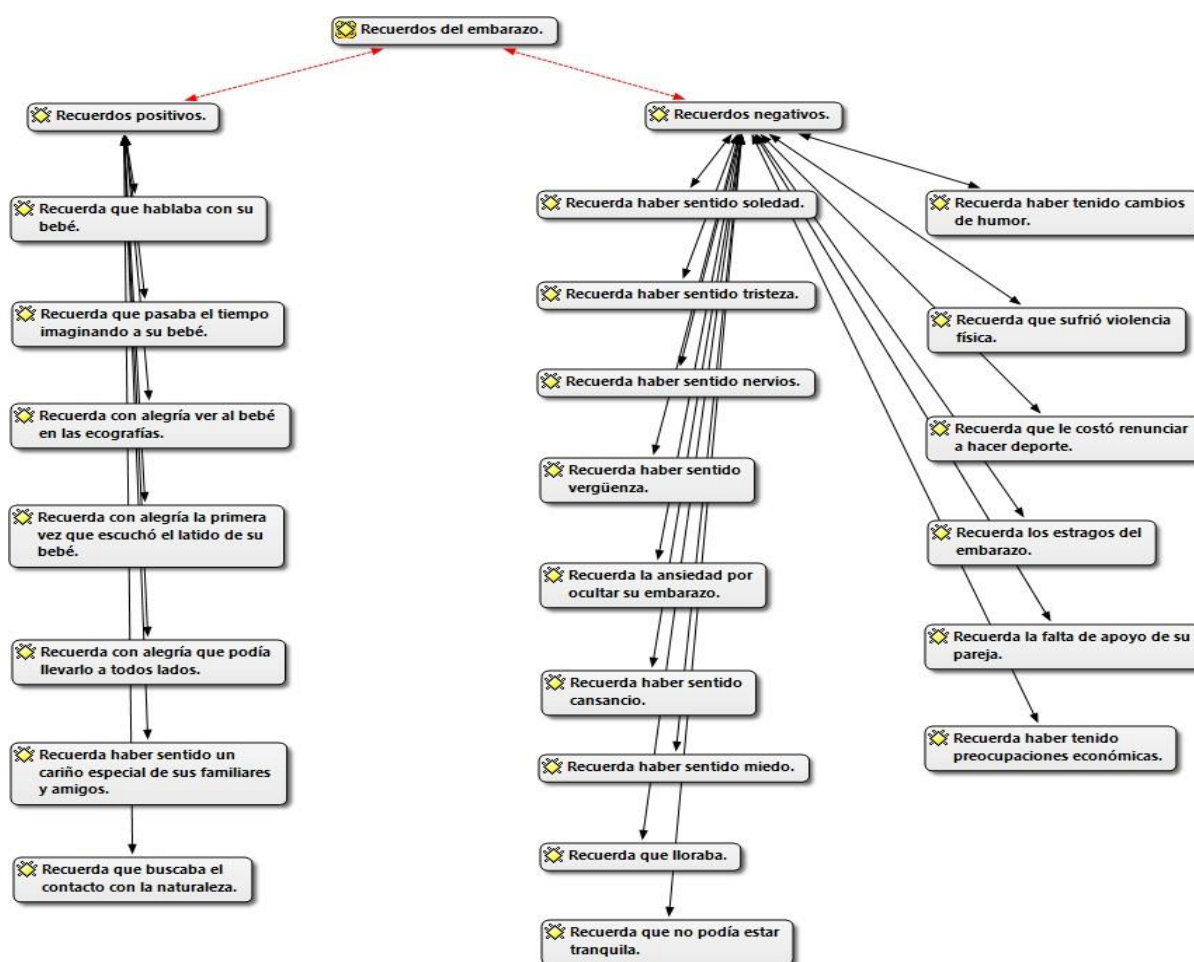
La alumna EEUTCHV8 expresó *“Cuando yo descubrí de estar embarazada, fue con temor, porque los dos éramos estudiantes y es una responsabilidad muy grande. El temor más grande que yo tenía era cómo avisarle a mi papi, porque de una u otra manera yo vivía con mi mami, entonces con ella había como un poco más de confianza. Y en ese tiempo mi papi era muy estricto, se puede decir que había un poco de maltrato hacia mi madre, lo cual generó una separación. A pesar de que él toda nuestra niñez, juventud, colegio y todo él estuvo pendiente de nosotros, hubo este temor”*. El testimonio de esta participante refuerza un poco la idea anterior sobre la división de los roles en la familia, pero también permite observar que

dentro al temor por la reacción de la familia, la persona que infunde mayor temor es el padre, por situaciones relacionadas con el maltrato intrafamiliar y el machismo que flagelan a la sociedad ecuatoriana.

Profundizando sobre los recuerdos del embarazo que tienen las participantes a las historias de vida podemos observar otros datos interesantes que se presentan en la siguiente imagen.

Ilustración 18

Recuerdos del embarazo.



Nota. Atlas.ti - Elaborado por: Agnese Bosisio/Investigadora

Tabla 24*Listado de códigos: Recuerdos del embarazo.*

| Unidad temática | Conceptos primarios | Conceptos Secundarios |
|-------------------------|----------------------------|--|
| Recuerdos del embarazo. | Recuerdos positivos. | <p>Recuerda que hablaba con su bebé.</p> <p>Recuerda que pasaba el tiempo imaginando a su bebé.</p> <p>Recuerda con alegría ver al bebé en las ecografías.</p> <p>Recuerda con alegría la primera vez que escuchó el latido de su bebé.</p> <p>Recuerda con alegría que podía llevarlo a todos lados.</p> <p>Recuerda haber sentido un cariño especial de sus familiares y amigos.</p> <p>Recuerda que buscaba el contacto con la naturaleza.</p> |
| | Recuerdos negativos. | <p>Recuerda haber sentido soledad.</p> <p>Recuerda haber sentido tristeza.</p> <p>Recuerda haber sentido nervios.</p> <p>Recuerda haber sentido vergüenza.</p> <p>Recuerda haber sentido ansiedad por ocultar su embarazo.</p> <p>Recuerda haber sentido cansancio.</p> <p>Recuerda haber sentido miedo.</p> <p>Recuerda que lloraba.</p> <p>Recuerda que no podía estar tranquila.</p> <p>Recuerda haber tenido cambios de humor.</p> <p>Recuerda que sufrió violencia física.</p> <p>Recuerda que le costó renunciar a hacer deporte.</p> <p>Recuerda los estragos del embarazo.</p> <p>Recuerda la falta de apoyo de su pareja.</p> <p>Recuerda haber tenido preocupaciones económicas.</p> |

Nota. Agnese Bosisio/Investigadora

Las estudiantes plantearon que guardan recuerdos positivos relacionados con algunos aspectos del embarazo: La informante EEUTCHV2 plantea *“Los recuerdos bonitos eran cuando a los cuatro meses ya empezaba a patear, a moverse, cuando le hablaba ya se movía, y desde que estuve embarazada yo sentí de parte de mis papás un cariño que yo jamás había sentido, sea para mi hija, sea por mí”*.

La participante EEUTCHV4 dijo: *“Lo que más me gustaba del embarazo es que le podía llevar a todos lados sin que me moleste”*.

La estudiante EEUTCHV7 mencionó: *“Caminaba mucho porque me gustaba mucho hablar con mi hija y, según yo, mostrarle las cosas que habían en el mundo y preparándola a ella. Era mi forma de no sentirme tan mal por todo lo que estaba pasando, mi forma de escapar. Entonces, mi hija fue como un refugio, y eso de caminar.... Caminaba bastante, recuerdo que caminaba bastante, solo mi hija y yo. Esos momentos eran muy bonitos (...) Recuerdos bonitos, hay sus movimientos, escuchar el primer latido de su corazón, escuchar, ver el eco, imaginar cómo sería, uno a través del eco se hace una idea de cómo sería, pero como madre... mientras se toca la barriguita, y lo siente... cada movimiento se va haciendo la idea de cómo sería o... me gustaría que sea de esta forma, entonces, me daba la emoción de tocar por primera vez su manito, de verla, de conocerla, de mirarla, de ver cómo eran sus ojos, su boca, de cómo iba a tener su cabello, todo eso me hacía mucha ilusión”*.

En resumen, los recuerdos positivos que las informantes guardan de su experiencia de gestación se asocian con sentir los movimientos del bebé en el vientre, escuchar los latidos del corazón, ver al bebé en las ecografías, pasar el tiempo imaginando al bebé y hablando con él, poder llevarlo a todos lados. Además varias alumnas recuerdan que en esa etapa algunas personas les demostraron cariño con una atención especial.

Las participantes compartieron también recuerdos dolorosos de su gestación:

La informante EEUTCHV1, quien tuvo un primer embarazo muy joven, antes de iniciar la universidad y otro embarazo en la universidad, dijo *“Durante el embarazo me acuerdo que yo*

conversaba con mi hija y lloraba sola, me sentía mal y decía: “¡Dios mío!” -porque mi familia estaba enojada- entonces yo le decía: “¡No, tranquila!”. De hecho, me acuerdo que mi abuelo me había dicho: “Si es niño, se quedan en la casa, si es niña, busquen a donde ir”. Nos echó de la casa. Y... tenían ese estereotipo, no sé porque. Me acuerdo que me lo dijo, yo lloraba. De hecho, yo hasta el último, nunca dije a mis abuelos que era niña, solo cuando nació y me fueron a ver en el Hospital, ahí se enteraron que era niña. Yo tenía miedo y por eso creo que lloraba bastante en mi primer embarazo”. Más adelante su relato continúa: “me recuerdo que el papá de mi hija le negó a mi hija, me dijo que no, le negó a mi hija, yo recuerdo que lloraba bastante”. Esta joven madre fue doblemente víctima del machismo, lo que la sumió en emociones como el miedo y la soledad.

De manera parecida la estudiante EEUTCHV5 dijo: “Recuerdos negativos tengo muchos, porque cuando me quedé embarazada yo fui a vivir en la casa de mi esposo, pero yo no le agradaba a mi suegra, tenía muchos problemas, la señora... me comenzó a pegar (el esposo) y eso... algo bien fuerte que me pasó. Mi esposo me comenzó a pegar, y eso que yo estaba embarazada de mi segundo hijo... Cuando mi hija cumplió un año, yo me salí de ahí, porque yo estaba embarazada y a él no le importaba... A veces, yo sabía estar marcada mi hija y embarazada, pero a él no le importaba y me pegaba, su mamá sabía ver... y fue bien feo, fue duro lo que yo viví”. Esta alumna, quien fue madre dos veces, menciona haber sufrido violencia física por parte de su esposo y psicológica por parte de la mamá de él, todo en presencia de su primera hija y estando embarazada.

Los recuerdos negativos de la alumna EEUTCHV4 entorno al embarazo fueron: “es que no podía hacer deportes, tenía límites para la actividad física. Fue una experiencia grande, yo vivo lejos, el viajar era muy cansado. Eso y más, que yo me cambié de universidad. Había días que había clase, días que no, entonces el viaje era en vano, tenía que regresarme”. A esta participante le costó cambiar su régimen de actividad física así como viajar para estudiar durante la gestación.

La participante EEUTCHV8 dijo *“no teníamos en ese tiempo el dinero, no contábamos con el dinero para pagar de la cesárea, para pagar de los pañales, entonces, sí era una preocupación bien grande que sentía en ese momento, de cómo voy a hacer”*. En este testimonio tiene un peso importante la preocupación que pueden causar las carencias económicas en las estudiantes que se convierten en madres durante su formación académica, sin tener una situación profesional que les garantice estabilidad financiera.

La alumna EEUTCHV9 mencionó *“Los recuerdos negativos que tengo fueron de los primeros meses, cuando uno va sintiendo los síntomas y el malestar general de todo el cuerpo. El vómito, las náuseas, los ascos, creo que esto es el momento que al principio se pasa y que es un poquito incómodo uno”*. De manera parecida la estudiante EEUTCHV10 dijo *“Recuerdos negativos, las náuseas que tenía y a veces que me cogían los antojos a las diez y once de la noche y no podía conseguir el tipo de comida que en ese momento deseaba. Otros recuerdos negativos eran que cuando estaba embarazada, en el momento de dormir, me cogían unos calambres dolorosos, que sentía que mi vena explotaba, entonces eso no lo deseo a nadie porque esos dolores eran tremendos”*.

De este apartado se pueden concluir varios resultados:

- Las alumnas recibieron escasa, casi nula, información sobre la importancia de la regulación emocional durante la gestación.
- Todas las informantes mencionaron que el descubrimiento de estar embarazadas vino acompañado de emociones negativas como miedo, preocupación, tristeza, soledad; lo que las llevó en ocasiones a llorar, intentar ocultar sus embarazos, pensar en abortar, sufrir insomnio etc. en resumen a un estado de estrés.
- Los recuerdos positivos que las alumnas tienen del embarazo se asocian con: sentir los movimientos del bebé en el vientre, escuchar los latidos del corazón, ver al bebé en las ecografías, pasar el tiempo imaginando al bebé y hablando con él, poder llevarlo

a todos lados. Además varias alumnas recuerdan que en esa etapa algunas personas les demostraron cariño con una atención especial.

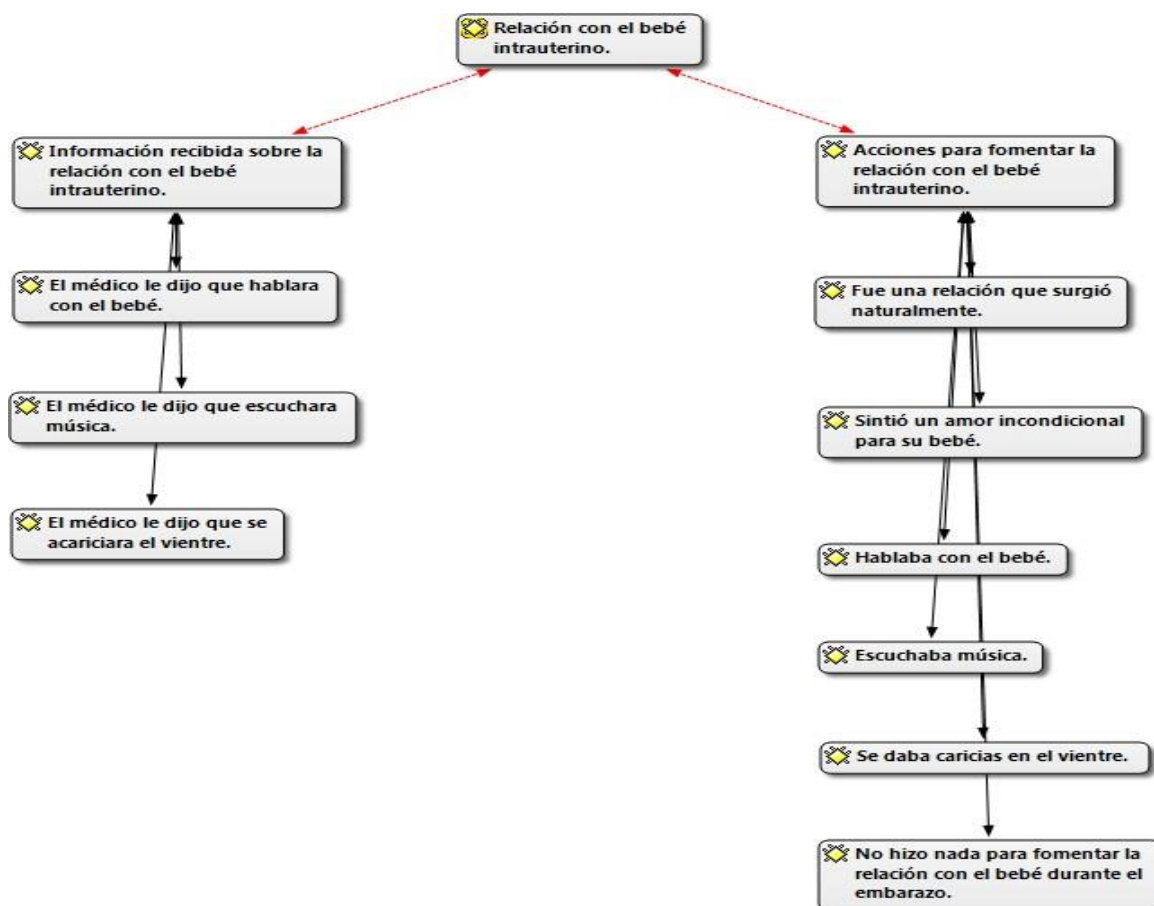
- Las alumnas recuerdan aspectos negativos del embarazo como emociones de tristeza, miedo, vergüenza, preocupación, rechazo, ansiedad, limitaciones físicas, limitaciones económicas, violencia física, violencia psicológica.

4.3.2.4 La relación con el bebé intrauterino.

En este punto se buscó indagar si las estudiantes fueron conscientes de la posibilidad y la necesidad de ir generando un vínculo afectivo con sus bebés durante el embarazo y ver como lo practicaron.

Ilustración 19

Relación con el bebé intrauterino.



Nota. Atlas.ti - Elaborado por: Agnese Bosisio/Investigadora

Tabla 25

Listado de códigos: Relación con el bebé intrauterino.

| Unidad temática | Conceptos primarios | Conceptos Secundarios |
|------------------------------------|--|---|
| Relación con el bebé intrauterino. | Información recibida sobre la relación con el bebé intrauterino. | El médico le dijo que hablara con el bebé. El médico le dijo que escuchara música. El médico le dijo que se acariciara el vientre. |
| | Acciones para fomentar la relación con el bebé intrauterino. | Fue una relación que surgió naturalmente. Sintió un amor incondicional para su bebé. Hablabla con el bebé. Escuchaba música. Se daba caricias en el vientre. No hizo nada para fomentar la relación con el bebé durante el embarazo. |

Nota. Agnese Bosisio/Investigadora.

Se analizó la educación que las alumnas recibieron sobre la importancia de fomentar, a través de algunas prácticas respetuosas, la relación entre el bebé intrauterino, su madre y su contexto familiar, considerado como el primer entorno social de pertenencia por Kornas-Biela (2014), y cómo lo realizaron en la práctica.

Tanto en el grupo focal como en las historias de vida, una primera observación que se puede dar es que las informantes no se extienden mucho en la descripción de aspectos asociados con la relación con el bebé intrauterino. A pesar de eso se puede observar que algunas participantes mencionan haber recibido la sugerencia por parte de sus médicos de: hablar con el bebé intrauterino (2), ponerle música (2), acariciar el vientre (1).

La informante EEUTCHV2 mencionó: “*Yo acudía a los controles, había allí unos talleres de cuidados prenatales: allí nos daban folletos, nos hacían actividades, nos indicaban como bañar al bebé, como hacerle acostar, ponerle boca arriba, boca abajo, o desde cuantos meses*

debíamos darle de comer, las cosas que debíamos darle de comer y las que no, como debíamos estimularle, más que todo, incluso mientras estaba en el vientre, que teníamos que hablarle, hacerle escuchar música, y así”.

La participante EEUTCHV1 dijo: *“Me acuerdo que el ginecólogo me decía que escuche música, me decía que le hable, que le dé caricias en mi barriguita, que le hable para que se sienta contenta, que sienta que ella viene y todos le quieren y creo que esto tiene mucha relación con lo que decían mis tías, mis tías me decían que si yo lloraba mucho, mi hija iba a nacer llorona, y es verdad, ella hasta ahora es muy sensible, por alguna cosa simple se pone a llorar”.*

Como se puede observar en los dos testimonios, los médicos ofrecieron alguna información de cómo estimular la relación con el niño intrauterino. Sin embargo se trata de datos bastante obvios y poco relevantes. Sorprende el convencimiento de la segunda alumna quien alude que su estado de ánimo durante el embarazo condicionó el desarrollo emocional de su hija.

En la experiencia de las estudiantes algunas mencionaron que hablaban con su bebé y que se acariciaban el vientre durante el embarazo: *“me acuerdo que yo conversaba con mi hija y lloraba sola, me sentía mal y decía: ‘¡Dios mío!’ -porque mi familia estaba enojada- entonces yo le decía: ‘¡No, tranquila!’”* (EEUTCHV1).

La informante EEUTCHV2 dijo: *“Los recuerdos bonitos eran cuando a los cuatro meses ya empezaba a patear, a moverse, cuando le hablaba ya se movía”.*

La estudiante EEUTCHV4 mencionó: *“Desde el momento que me enteré que estaba embarazada y en el transcurso del embarazo, yo me daba cuenta al momento que le hablaba, le tocaba, entonces reaccionaba con sus movimientos. Entonces había una relación”.*

El sujeto EEUTCHV3 dijo: *“La relación con el bebé inició desde el embarazo, ya que cuando tú estás embarazada, sabes que algo está dentro de ti y tú sabes que empiezan a compaginar. Sientes sus patadas y movimientos y es una sensación de entenderse. Fue una relación que surgió natural, no realicé ninguna práctica para fomentarla”*

La alumna EEUTCHV7 contó que: *“La relación con el bebé: desde que sentí ese movimiento, claro que fue complicado, fue como que el mundo se cayó, pero, detrás de todo eso, detrás de todos los problemas que se me venían, había un sentimiento tan puro, que yo sentía que nunca en mi vida yo lo había sentido. Es un amor que es incondicional. No es interés, no es como... pensar a tu pareja, que es un gusto físico, una atracción física, o a tu madre, que es maternal, que es como que esa confianza, es algo incondicional, un amor tan puro, que lo sentí desde el primer momento. Yo sabía que yo le iba a tener y que le iba a cuidar, sin importar si me iban a apoyar o no me iban a apoyar... tenía miedo, sí, pero yo le iba a sacar adelante. Entonces, yo creo que mi relación fue desde el primer día que sentí su primer movimiento”*.

Por último la alumna EEUTCHV5 dijo: *“no creo que sentía un vínculo, todavía; creo que todavía seguía en shock, todavía no asimilaba la responsabilidad que se me venía, no sabía si es que podía continuar con mis estudios, al comienzo como que sí tuve un pequeño problema con mi papá que se alejó, porque yo era la última hija... La relación que me vinculó con mi hija ya fue en los últimos meses y prácticamente ya cuando nació”*.

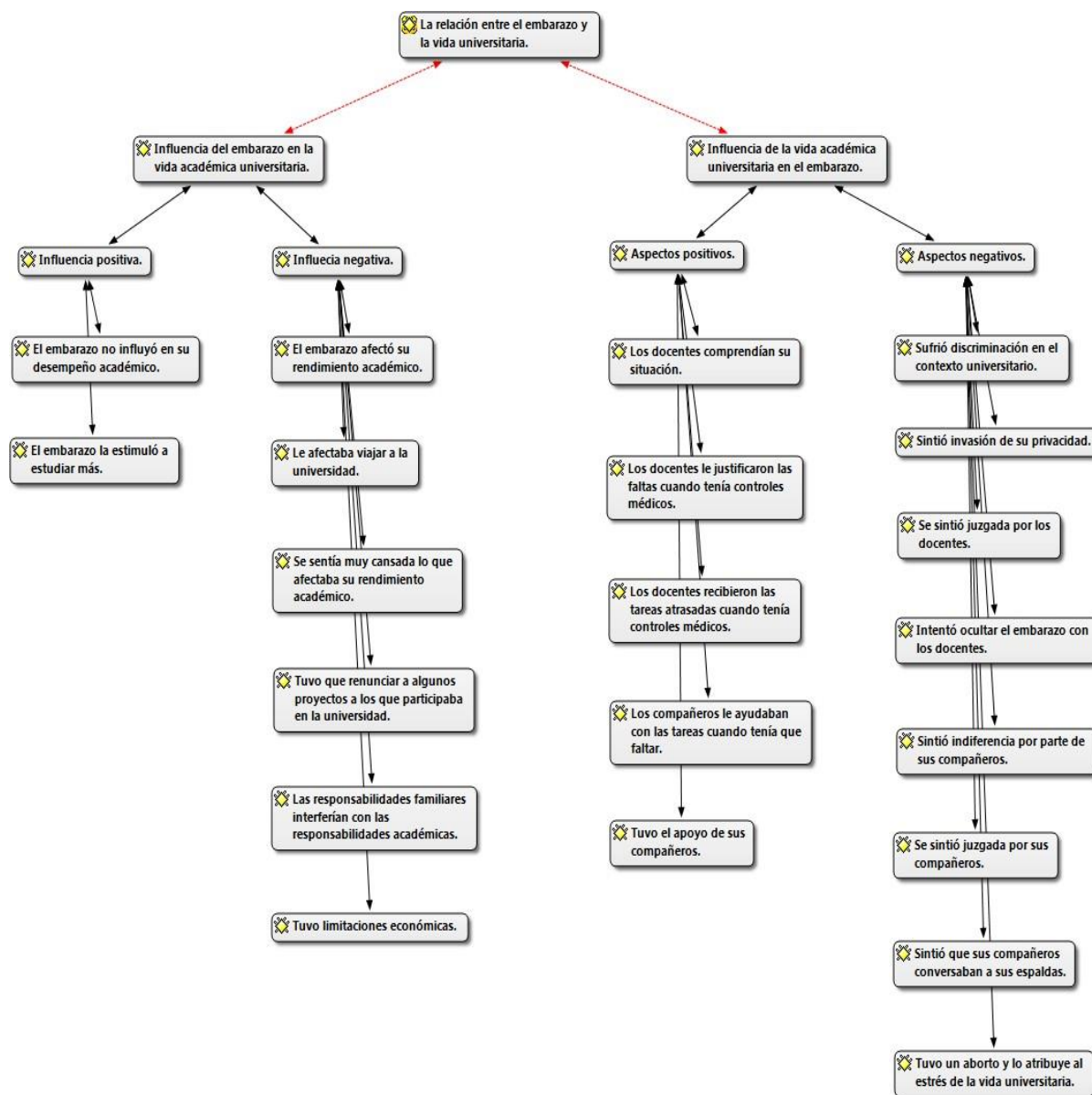
En este punto existen dos resultados notorios: el primero es que las alumnas casi no recibieron educación sobre la importancia de fomentar la relación entre el niño intrauterino y su entorno familiar. La segunda es que las estudiantes, durante su gestación, sintieron que algunas prácticas las acercaban a sus bebés, como por ejemplo hablarles y acariciar el vientre; mencionaron que sintieron un cariño especial por sus hijos desde el embarazo, así como responsabilidad por ellos.

4.3.2.5 El embarazo y la vida universitaria.

En este punto se intentó comprender y describir como fue para las estudiantes compatibilizar la vida universitaria con su estado de gestación.

Ilustración 20

La relación entre el embarazo y la vida universitaria.



Nota. Atlas.ti - Elaborado por: Agnese Bosisio/Investigadora

Tabla 26

Listado de códigos: La relación entre el embarazo y la vida universitaria.

| Unidad temática | Conceptos primarios | Conceptos Secundarios |
|--|---|--|
| La relación entre el embarazo y la vida universitaria. | Influencia del embarazo en la vida académica universitaria. | <p>Influencia positiva:</p> <p>El embarazo no influyó en su desempeño académico.</p> <p>El embarazo la estimuló a estudiar más.</p> <p>Influencia negativa:</p> <p>El embarazo afectó su rendimiento académico.</p> <p>Le afectaba viajar a la universidad.</p> <p>Se sentía muy cansada lo que afectaba su rendimiento académico.</p> <p>Tuvo que renunciar a algunos proyectos a los que participaba en la universidad.</p> <p>Las responsabilidades familiares interferían con las responsabilidades académicas.</p> <p>Tuvo limitaciones económicas.</p> |
| | Influencia de la vida académica universitaria en el embarazo. | <p>Aspectos positivos:</p> <p>Los docentes comprendían su situación.</p> <p>Los docentes le justificaban las faltas cuando tenía controles médicos.</p> <p>Los docentes recibieron las tareas atrasadas cuando tenía controles médicos.</p> <p>Los compañeros le ayudaban con las tareas cuando tenía que faltar.</p> <p>Tuvo el apoyo de sus compañeros.</p> <p>Aspectos negativos:</p> <p>Sufrió discriminación en el contexto universitario.</p> <p>Sintió invasión de su privacidad.</p> <p>Se sintió juzgada por los docentes.</p> <p>Intentó ocultar el embarazo con los docentes.</p> <p>Sintió indiferencia por parte de sus compañeros.</p> <p>Se sintió juzgada por sus compañeros.</p> <p>Sintió que sus compañeros conversaban a sus espaldas.</p> <p>Tuvo un aborto y lo atribuye al estrés de la vida universitaria.</p> |

Nota. Agnese Bosisio/Investigadora

Tanto en el grupo focal, como en las historias de vida, se intentó observar de manera atenta cómo las estudiantes pudieron compatibilizar dos experiencias importantes que vivieron de manera paralela: la maternidad y su formación académica en la universidad.

En la columna izquierda del gráfico se analiza de qué manera el embarazo influyó en el rendimiento académico universitario de las participantes. En la columna derecha se observa la influencia del contexto universitario en la experiencia de maternidad de las alumnas, en la etapa del embarazo.

La participante EEUTCHV3 mencionó *“El embarazo no influyó en mi desempeño y rendimiento académico, ni en la consecución de las metas planteadas”*. Mientras que la estudiante EEUTCHV1 dijo *“Mi embarazo no influyó mi rendimiento estudiantil, era casi lo mismo, era lo mismo, incluso creo que tenía casi más ganas de estudiar... Fue un estímulo positivo, porque uno sabía que tenía más responsabilidad en las cosas y que uno tenía que dedicarse... Yo creo que influyó positivamente”*.

Varias de las informantes aducen que el embarazo tuvo una influencia negativa en su rendimiento académico bajo varios aspectos.

En primer lugar, algunas alumnas que venían de otras ciudades contaron que durante el embarazo les costaba mucho viajar a la universidad, les generaba cansancio: *“A los siete meses yo me sentía ya cansada, tenía sueño, y aparte de eso los deberes, a veces nos desvelábamos... A mí no se me notaba mucho la barriga y creo que eso me ayudaba bastante, porque yo me movilizaba bien, pero hay veces que tocaba viajar y yo ya no lo podía hacer, ya que el médico a los siete meses me dijo que ya no viaje, porque podía el niño nacer prematuro, entonces evitaron que viaje, tuve que venir a vivir aquí con una prima. Entonces ahí se me dificultaba un poquito”* (EEUTCHV2). En la misma línea la alumna EEUTCHV7 informó: *“Lo negativo que recuerdo fue viajar. Viajar todos los días porque era muy cansado, yo recuerdo que mi ginecólogo me decía: ‘A los niños se los educa desde la barriga’. Y como yo estudiaba en la mañana, yo le decía a mi niña: “en la mañana, tienes de dormir toda la*

mañana, porque yo estoy estudiando, mamá está ocupada” entonces yo le hablaba, le decía eso, entonces mi hija no se movía para nada y yo podía estar en clases. No al cien por ciento, porque uno no puede ya estar al ciento por ciento como antes, digamos que un setenta por ciento, pero siempre fue cansado, tenía dolores de espalda, la cintura y la columna me mataban, pero con todo yo no quería dejar, pero siempre me sentía muy cansada. Eso fue lo más estresante de todo. Y aparte de rendir como alumna, como toda alumna normal en la universidad”

Algunas participantes, como la última citada, indicaron que durante el embarazo sentían un mayor cansancio físico que influía en sus posibilidades de rendir académicamente. La informante EEUTCHV2 dijo *“A los siete meses yo me sentía ya cansada, tenía sueño, y aparte de eso los deberes, a veces nos desvelábamos...”*. De manera parecida la estudiante EEUTCHV9 expuso: *“y de ahí en adelante, estudiar a medida que el vientre me iba creciendo me era incómodo porque tenía que viajar, tenía que estudiar, tenía que hacer los deberes, me provocaba mucho sueño, y entonces todo eso fue un factor que a uno como estudiante, le distrae de las obligaciones que tenía”*. Por último la alumna EEUTCHV10 indicó: *“cuando se está embarazada se cansa, a mí me cansaba, me daba sueño, con facilidad me fatigaba, creo que cuando uno se está embarazada es complicado estar en la universidad, pero no imposible”*.

Otro aspecto importante que algunas estudiantes mencionaron fue la dificultad de conseguir un equilibrio entre las responsabilidades académicas y las familiares: *“Yo sé que nuestra responsabilidad con nuestros hijos es muy a parte, pero el embarazo si influenció lo de mi estudio, porque ya no se tiene la misma libertad, porque se tiene que estar ciento por ciento aquí y lo de los estudios sí fue bien fuerte, porque tenía a mis hijos, y a la Universidad... ya es una responsabilidad muy dura, que tengo que sacar adelante”* (EEUTCHV6).

La informante EEUTCHV8 comparte que en su experiencia no solo la responsabilidad de su embarazo influenció en el rendimiento académico, sino también la vida de pareja: *“No tanto*

el embarazo, pero sí el estar con mi esposo, creo que el estar con una persona sí detiene un poco, porque... uno quiere salir adelante, pero, tal vez por motivo económico no lo puede hacer...".

Por su parte, la participante EEUTCHV7 consideró que la situación que vivía en su entorno familiar la limitó para poder mantener su rendimiento académico *"El embarazo influyó de gran manera (en mi desempeño académico), porque mi promedio bajó. Bajó porque... no creo que tenía el mejor promedio, pero yo tenía un promedio aceptable, pero bajó porque el problema que pasaba en casa era complicado. Tenía una madre que estaba decepcionada de su hija, que la apoyaba sí, pero yo veía la decepción de mi madre, y eso era como que me preocupaba, tratar de recuperar la confianza que yo perdí fue duro, entonces como que descuidé lo académico para tratar de recuperarme yo, recuperar a mi mamá y ver lo que va a hacer mi pareja conmigo, si se iba a quedar con nosotras, o nos iba a decir: 'Hasta aquí'. Todo ese tipo de problemas, e incluido la Universidad, pasaban por la cabeza de uno, entonces: o era lo uno, o era lo otro, pero luego me estabilicé, cuando ya mi mamá como que aceptó mi embarazo, mi pareja me apoyó, mi promedio volvió a ser el mismo. La decepción era lo mismo porque uno tiene muchas cosas en la cabeza, y tiene mucho en que pensar, y decisiones que tomar, entonces... fue un poco complicado. Pero... logré superar, superé la etapa".*

Otra alumna mencionó que al ser estudiante universitaria y estar por convertirse en madre, tuvo que enfrentar dificultades económicas: *"lo único que se puede decir me detiene es el factor económico. De ahí, mis hijos nunca han sido ningún limitante, porque por ellos yo quiero ser una profesional"* (EEUTCHV8).

Finalmente una de las asistentes dijo que el embarazo la obligó a renunciar a algunos proyectos que llevaba a cabo en la universidad y que eran de su interés: *"A ratos creo que el embarazo sí influyó en mi desempeño académico, porque había algunos proyectos que estaba yo vinculada aquí en la Universidad y no los pude desarrollar, porque ya era el tiempo*

que salía de clases, claro que salía un poco cansada, a hacer deberes, y trataba descansar por mi bebé, entonces yo me retiré de algunos proyectos que yo había estado interesada en hacer”.

En cuanto a la influencia del contexto universitario sobre el embarazo algunas de las participantes mencionan que los docentes “comprendían” su situación *“En mi embarazo en la universidad, yo seguía mi vida normal, seguía yendo a clases siempre, claro que hubo docentes que, cuando les explicaba mi situación, la mayoría me supo entender, pero... seguía siendo normal, así como antes”* (EEUTCHV5).

Algunas de las informantes mencionaron que los docentes les justificaban las faltas a clase si tenían controles médicos relacionados con el embarazo: *“me permitieron hacerme exámenes, ecos y todo eso, dentro del horario de clases, pero a veces yo podía recuperar, fueron muy flexibles los docentes cuando se enteraron de que iba a ser mamá”* (EEUTCHV7).

De manera parecida, las participantes dijeron que los docentes les recogían tareas fuera del plazo establecido, en consideración de su situación: *“A veces cuando yo tenía controles, a veces ahí sí chocaban las horas en que tenía idiomas, chocaba con el profe. Cuando faltaba mucho él me pasaba las faltas, pero me revisaba los deberes, entonces casi me quedé por faltas”* (EEUTCHV2).

En varios de los testimonios recogidos se puede leer el compañerismo y la solidaridad de los estudiantes: *“creo que mis compañeros y profesores supieron entenderme, tuvieron consideración, me justificaron cuando tenía controles médicos, mis compañeros trataban de informarme acerca de las tareas cuando yo tenía que faltar”* (EEUTCHV3). De manera parecida la participante EEUTCHV4 dijo *“Además una amiga, que tengo hasta ahora, desde que se enteró que estaba embarazada igual veía por mí, cuando no podía venir me ayudaba en los trabajos, en los deberes, igual cuando estaba dada a luz, casi un producto académico yo no podía asistir, ella me ayudaba en los trabajos, ella estaba ahí pendiente”*. La informante EEUTCHV5 dijo *“Mis amigas de la U siempre me acompañaron, ellas siempre fueron para mí*

el apoyo, siempre me ayudaron en la universidad, mis amigos, y no solo los de mi clase, pues yo tenía amigos de otras materias y siempre me estuvieron apoyando". Por último la estudiante EEUTCHV7 mencionó: *"Eso fue lo negativo de eso. Pero el apoyo, sí, cuando necesitaba hacer un trabajo en grupo y yo no podía llegar, me mandaban lo que tenía que hacer, mi parte, yo la presentaba y ya está"*.

También se intentó indagar si durante su embarazo, como estudiantes universitarias, recibieron algún trato discriminatorio por parte de algún actor perteneciente a la institución de educación superior, y, aunque la primera reacción de la mayor parte de estudiantes fue negar que hayan sido discriminadas, sus comentarios no reflejan eso.

La alumna EEUTCGF2 mencionó *"las miradas influyen bastante, porque es como que uno se levanta, todos te quedan viendo de pies a cabeza...y eso si me pasaba de hecho con todos los compañeros y ninguno, ni siquiera (...) era capaz de preguntarme algo, solo era con la mirada, si me desplazaba por el aula todos me regresaban a ver, en ocasiones si sentía que entre ellos por ahí conversaban..."*. El testimonio de EEUTCGF2 permite percibir que se sintió incomodada por las miradas y comentarios de sus compañeros, pero a la vez, mientras ella parece sentirse "juzgada", sufre la indiferencia de lo demás al momento de sensibilizarse y comprometerse con su situación de mujer embarazada.

Otra participante dijo: EEUTCGF1: *"me pasó algo medio curioso con una docente que le pedí permiso para un control, mi barriga no se notaba mucho (...). Me dijo "¿cómo así?" Y le dije: "es que estoy embarazada" y solo me descubrí para que viera que si estaba embarazada y me respondió: '¿cómo puede ser esto? Yo no me había dado cuenta de esto...' en ese momento yo entendí que ella me quiso decir: '¿cómo pudiste hacerlo? Estás estudiando, entonces prácticamente no tienes nada, ¿cómo pudiste quedar embarazada?'"* y continúa *"entonces fue como la sorpresa de la docente y la incomodidad con mis compañeros, era lo mismo, en las miradas, no se atrevían a preguntar"*. La misma participante menciona *"tuve también una ocasión en que una compañera vino y directamente me tocó la barriga y me dijo*

'estás embarazada!', para mí fue un abuso porque es mi barriga, es mi bebé y es mi cuerpo. Entonces ese tipo de cosas si incomodan, te hacen sentir como que para ellos es un error pero para uno que ya tiene sus hijos, no son un error". Con claridad, se puede leer en estas palabras la incomodidad de un juicio que se lee en la mirada, que se escucha entre dientes y que falta al respeto de las libertades individuales. Se puede notar, que el ambiente universitario, en un contexto como el de la Provincia de Cotopaxi, también está cargado de prejuicios moralistas que hacen creer a las personas que pueden juzgar situaciones de acuerdo a valores individuales, y que es más fácil que alguien sea indiferente o negativo frente al embarazo de las estudiantes, a que muestre apertura y apoyo a la situación que atraviesan.

EEUTCGF4 dijo: *"ocurre que tengo compañeras que también han estado embarazadas o que tienen sus bebés y se nos hace a veces complicado cumplir con algunas cosas porque tenemos todo encima, pero los profesores, de hecho a mi compañera le dijeron 'tú debes estar arrepentida de lo que hiciste', y son palabras fuertes 'yo no sé ustedes porque tienen que abrir las piernas' dicen así"*. Pese a que la alumna no recibió estas palabras directamente, se siente afectada, puesto que sabe que algunos docentes no van a comprender sus necesidades y responsabilidades de madre estudiante, y tienen una opinión negativa con respecto a la maternidad en estudiantes.

Otra participante expuso: EEUTCGF3 *"En mi caso, cuando yo estuve embarazada recibí todo el apoyo de mis compañeras, de mis compañeros (...). En cuanto a los docentes, al principio fue el asombro de que estaba embarazada pero hubo un docente que decía 'es algo normal, que pasa, así es la vida, es su compañera y ustedes tienen que darle todo el apoyo porque está estudiando, y va a ser madre' (...). Pero en algún momento vi que si había docentes que se molestaban por el hecho que alguna alumna esté embarazada (...) es cómo que se siente que piensan: 'está embarazada, está mal o porque está embarazada no sabe, no puede' esa discriminación si se sufre dentro de la institución"*. Este testimonio es importante, porque en primer lugar manifiesta un sentimiento de solidaridad por parte de sus compañeros, por otro

lado discrimina entre docentes dispuestos a comprender sus necesidades y docentes que, aunque no la ataquen directamente, prefieren la vía de la exclusión.

La alumna EEUTCGF10 manifestó: *“En mi caso tuve discriminación por un docente (...) que me dijo: ‘¿Por qué se embarazó? ¿Qué no quiere graduarse? Su esposo es un inconsciente’ entonces yo me sorprendí y pensaba ‘yo soy casada ¿por qué no me voy a poder embarazar?’, eso a mí la verdad si me dolió y me afectó emocionalmente (...) ‘hay que aguantar a los docentes solo hasta salir’ una vez graduados... (ríe)”*. La alumna utiliza un término bastante peculiar, habla de “aguantar” a los docentes, con lo que hace pensar que lejos de ser un apoyo, se constituyen en una carga.

EEUTCGF9 dijo *“Bueno por mi parte no recibí discriminación, era nueva en esta universidad, tampoco se me notaba la barriga, una compañera me ayudaba bastante (...). Pero cuando mi hija tenía unos tres meses, una compañera estaba embarazada, por parte de una docente escuchó una frase que creo que no se debería decir porque es la vida de uno... ella lo que le dijo fue que: ‘en la actualidad, con tantos métodos contraceptivos que hay, la que se embaraza es porque quiere”*. En el caso de la alumna EEUTCGF9 nuevamente se puede sentir el prejuicio del docente, que tal vez pensó que estaba dando un consejo a la clase, pero indirectamente hirió sentimientos de las alumnas madres.

En conclusión, de este apartado se pueden extraer dos resultados importantes. En primer lugar, se evidencia que el embarazo, entendido tanto desde el punto de vista físico como emocional, influye de manera directa en el desempeño académico de las estudiantes que lo experimentan. Esto se ve reflejado en un mayor cansancio físico, en un choque entre las responsabilidades familiares y académicas, en la necesidad económica y en el tener que dejar de lado algunos aspectos de la vida universitaria. En segundo lugar, el contexto universitario es parte fundamental de la vida social de un estudiante y no puede dejar de incidir en la experiencia que viven las estudiantes gestantes. Se observa con claridad que las alumnas que se convierten en madres son víctimas de discriminación por parte de sus

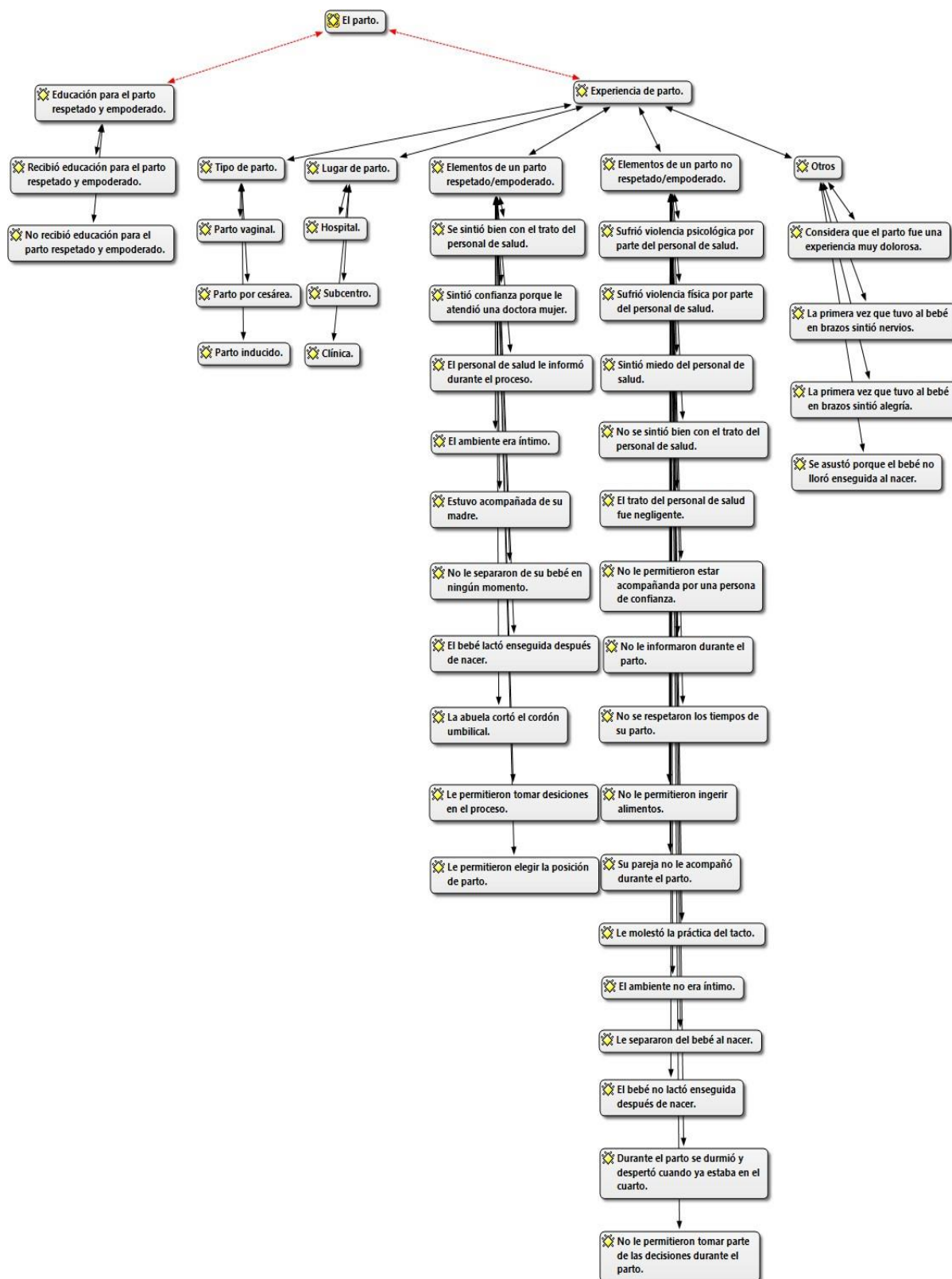
compañeros y por parte de los docentes. Es claro que el contexto universitario está cargado de valores y de prejuicios, que en ocasiones afectan las susceptibilidades de las estudiantes gestantes. Esta conclusión, lejos de culpabilizar, tiene el objetivo de hacer notar la necesidad de debatir el tema con el estudiantado y el profesorado, para mejorar la experiencia y la relación con el contexto, del gran número de mujeres que atraviesan esta situación en la Institución.

4.3.2.6 El parto.

En este apartado se consideran los conocimientos que las estudiantes de la Universidad Técnica de Cotopaxi tenían para enfrentarse a un parto respetado y empoderado y como estos condicionaron sus experiencias.

Ilustración 21

El parto.



Nota. Atlas.ti - Eleborado por: Agnese Bosisio/Investigadora

Tabla 27

Listado de códigos: El parto

| Unidad temática | Conceptos primarios | Conceptos secundarios |
|-----------------|---|---|
| El parto. | Educación para el parto respetado y empoderado. | Recibió educación para el parto respetado y empoderado. No recibió educación para el parto respetado y empoderado. |
| | Experiencia de parto. | <p>Tipo de parto:</p> <p>Parto vaginal.</p> <p>Parto por cesárea.</p> <p>Parto inducido.</p> <p>Lugar de parto:</p> <p>Hospital.</p> <p>Subcentro.</p> <p>Clínica.</p> <p>Elementos de un parto respetado/empoderado:</p> <p>Se sintió bien con el trato del personal de salud.</p> <p>Sintió confianza porque la atendió una doctora mujer.</p> <p>El personal de salud le informó durante el proceso.</p> <p>El ambiente era íntimo.</p> <p>Estuvo acompañada de su madre.</p> <p>No le separaron de su bebé en ningún momento.</p> <p>El bebé lactó enseguida después de nacer.</p> <p>La abuela cortó el cordón umbilical.</p> <p>Le permitieron tomar decisiones durante el proceso.</p> <p>Le permitieron elegir la posición del parto.</p> <p>Elementos de un parto no respetado/empoderado:</p> <p>Sufrió violencia psicológica por parte del personal de salud.</p> <p>Sufrió violencia física por parte del personal de salud.</p> <p>Sintió miedo al personal de salud.</p> <p>No se sintió bien con el trato del personal de salud.</p> <p>El trato del personal de salud fue negligente.</p> |

No le permitieron estar acompañada por una persona de su confianza.

No le informaron durante el parto.

No se respetaron los tiempos de su parto.

No le permitieron ingerir alimentos.

Su pareja no le acompañó durante el parto.

Le molestó la práctica del tacto.

El ambiente no era íntimo.

Le separaron del bebé al nacer.

El bebé no lactó enseguida después de nacer.

Durante el parto se durmió y se despertó cuando ya estaba en el cuarto.

No le permitieron tomar parte de las decisiones durante el parto.

Otros:

Considera que el parto fue una experiencia muy dolorosa.

La primera vez que tuvo al bebé en brazos sintió nervios.

La primera vez que tuvo al bebé en brazos sintió alegría.

Se asustó porque el bebé no lloró enseguida al nacer.

Nota. Agnese Bosisio/Investigadora

En este apartado el objetivo fue hacer un análisis de la educación que las estudiantes de la UTC recibieron en preparación al parto y la experiencia de parto que tuvieron, para posteriormente relacionarla con los parámetros que se establecieron en el marco teórico para un parto respetado y empoderado.

En el caso de las participantes de la investigación siete tuvieron un parto vaginal y tres un parto por cesárea. Además se puede observar que ocho tuvieron a sus hijos en instalaciones del servicio público de salud y dos en casas de salud privadas.

La mitad de las participantes planteó no haber recibido información sobre sus derechos como madre y los de su hijo, antes del proceso de parto. La alumna EEUTCGF2 dijo: *“Buena información antes (sobre el parto respetado) nunca la recibí”*. De manera parecida, la participante EEUTCGF1 contó lo siguiente: *“Antes, (...) no, no recibí nada de ese tipo de*

información". La informante EEUTCGF3 manifestó que "Antes de dar a luz no recibí ninguna información sobre los derechos tanto de la madre como del bebé, dentro del proceso del parto".

La estudiante EEUTCGF3 dijo además que: "En mi caso si no se cumplieron los derechos, no tuve el conocimiento, porque si hubiera tenido el conocimiento necesario yo hubiera actuado y hubiera dicho no, estos son mis derechos, míos y de mi bebé y, por tanto, usted tiene que respetarme". La reflexión sobre su experiencia que hace la informante la hace concluir que la falta de conocimiento no le permitió ejercer sus derechos de madre, ni hacer respetar los de su hijo durante el parto, esta conclusión se puede extraer también del resto de las experiencias de las estudiantes. De hecho, queda en evidencia que la falta de conocimiento no les permitió tener un rol activo en el proceso de parto, así como hacer respetar sus derechos.

EEUTCGF2 *ya todo pasó, claro que cuando estuve en el momento del parto si me informaban de todo lo que iba a pasar (...) lo que estaban haciendo, cuando nació la bebé, tuvo un problema de respiración me informaron de lo que le estaban haciendo a la bebé para que no me preocupe, una vez que la bebé estaba bien la pusieron en su cuna*".

Se puede observar que la alumna en primer lugar no sabía las características de un parto respetado, antes del inicio del proceso. En segundo lugar, pese a que durante el proceso la fueron informando, se nota una actitud bastante pasiva en el proceso. De igual modo la participante EEUTCGF1 contó lo siguiente: "Antes, (...) no, no recibí nada de ese tipo de información, cuando ya estuve en la última semana del embarazo, al noveno mes, el médico me dijo lo que iba a pasar, entonces me dijo de los dolores, de las contracciones, de todo lo que iba a ir sintiendo en la etapa del parto. Igual mi mamá me iba diciendo cómo iba a ser. Pero toda la información que me dieron, en mi caso no sirvió, porque no tengo dolores, entonces me hicieron la cesárea porque yo no tenía dolores, mi dolor es como un pinchazo de aguja y me recorría toda la barriga. Entonces toda esa información fue... si fue buena,

porque yo me esperaba que vengan los dolores y seguir el proceso, pero en realidad nunca lo seguí". Este testimonio denota un acompañamiento cercano por parte del personal médico, así como de la madre de la estudiante. A pesar de eso, es visible un nivel de desinformación, sea en la comprensión y análisis de los hechos relacionados con su proceso, que hace la alumna, pero también en el desconocimiento que un parto por cesárea también puede ser "humanizado" si se sigue el debido proceso.

De hecho, en la red semántica se puede observar que en algunos casos las alumnas describiendo su parto narran aspectos de una experiencia respetada y empoderada: el personal de salud le fue informando en el proceso y le permitió participar en la toma de decisiones, el parto se dio en un ambiente íntimo y el personal de salud tuvo un trato positivo, le permitieron estar acompañada por un familiar, el bebé lactó enseguida después de nacer y no les separaron en ningún momento. Es interesante observar como existe una coincidencia entre estos aspectos del parto respetado en las madres que tuvieron a sus niños en un subcentro de salud, a diferencia de las que dieron a luz en hospitales o clínicas, cuando se supone que todo el sistema de salud está regido por normativas nacionales.

La alumna EEUTCHV10 dijo *"Una vez que me llenaron todos los papeles, me llevaron a una sala, a la sala de partos. La doctora que me atendió fue mujer. Las doctoras eran mujeres, entonces. Si me sentí un poco más relajada, con un poco más de confianza, se puede decir..."*. Este pensamiento de la informante hace notar que probablemente, el embarazo, el parto, la maternidad, en el contexto cultural ecuatoriano, son vistos como "experiencias de mujeres".

A pesar de que algunas alumnas mencionaron aspectos de un parto respetado y empoderado, la mayor parte de las participantes narraron experiencias menos positivas.

La alumna EEUTCHV3 mencionó que sufrió violencia física por parte del personal de salud: *"Estaba sola con los médicos, el trato fue un poco grotesco porque al momento de pujar me comenzaron a aplastar duro para que salga a la fuerza. Igual al momento que le sacaron yo*

le vi de espaldas, no le vi de frente, de ahí le sacaron y le fueron a limpiar. Solo le vi de espaldas, oí que lloró y se lo llevaron". La práctica de aplastar el vientre de las madres durante el parto se denomina "maniobra de Kristeller" y en los últimos años ha sido puesta en entredicho por numerosos estudios científicos, como por ejemplo en la revisión realizada por Rengel (2011).

La alumna EEUTCGF8 en el grupo focal expresó: *"Por mi parte, yo no recibí ningún tipo de información sobre mis derechos, ni los derechos de mi hija. De hecho yo le tuve a mi hija muy joven, de 16 años, estamos hablando de 13 años atrás, donde la atención en los hospitales públicos era negligente. Las enfermeras al verme a mí, muchacha, joven, sola, sin esposo, sin nada, estaban solamente mi mamá y mi abuela, mis tías, no las dejaron entrar, me trataban súper mal, me gritaban 'eres una mocosa irresponsable, y ahora ¿qué piensas hacer con tu hija?' me decían un montón de cosas terribles, yo solo lloraba y me decían 'no llores, ya después de lo que has hecho'. Terrible el trato, terrible, terrible, en el hospital público. Yo no conocía nada de estos derechos, ni nada, igual me tuvieron sufriendo, casi se murió mi hija porque pasé dos días ahí, el doctor durante los controles me había dicho, que yo era extremadamente delgada, que tengo la cadera estrecha, que yo no puedo dar a luz con un parto normal y tenían que hacerme cesárea, pero él estaba de vacaciones y las enfermeras insistían, el médico de turno insistía, que yo debía dar a luz un parto normal. Después vino el médico que me había controlado siempre y les dijo '¿cómo pudieron haber hecho esto si la chica tenía que haberse hecho una cesárea? no tuvieron que tenerle tanto tiempo sufriendo, se pudo haber muerto la niña' y las enfermeras tenían una actitud de 'no importa, si se moría ella o la niña' porque para ellas era una madre soltera más, una niña más y así tantas cosas feas y traumantes que yo sufrí".* La misma alumna en la historia de vida dijo *"habían enfermeras que menospreciaban que una muchacha tan joven tenga un niño y decían cosas feas como: 'Ya ha de volver. Después de un año, ya le he de ver aquí'. Y me acuerdo que las personas que en el hospital daban la comida decían: '¡De nuevo! Otra niña cuidando una niña, y ¡cuántas niñas tenemos aquí con niños en sus brazos!' Y decían: 'Ni ganas de darles*

de comer: ¡ojalá se mueran!". Hay que tener en cuenta que la alumna que habla en estas líneas es la que tuvo un hijo antes de la universidad y también que se trata de tiempo atrás. Sin embargo, su testimonio es desgarrador, su experiencia de parto es sin duda violenta y transparente bastante los prejuicios sociales a los que se enfrentan en Ecuador las madres solteras, en especial si son jóvenes.

La alumna EEUTCHV8 dijo *"El personal (médico)... El trato no fue muy bueno. Te tratan como que... todo al apuro, con grosería, no respetan los tiempos, si te duele algo que 'ya, que para que tuvo hijos"*. Esta informante menciona que el personal de salud no respetó los tiempos de su cuerpo durante el parto.

La informante EEUTCHV9 mencionó: *"Antes de dar a luz, el doctor viene a cada momento a hacerle el tacto y esa es una situación muy incómoda, además cuando es un hombre que a usted le realiza el tacto. Igual, al momento de dar a luz, es algo incómodo que le estén viendo los enfermeros, buenos los enfermeros en cuanto a hombres"*. En este caso se plantea la incomodidad de la práctica médica del "tacto", práctica médica que sirve para medir la dilatación, por otro lado se observa una falta de intimidad en el ambiente en el que la alumna se encuentra dando a luz. Romani, Quispe y Rodríguez (2007) elaboran una revisión interesante sobre la percepción que tienen las mujeres sobre la práctica del tacto e indican que esta práctica no debe ser repetida por más de cuatro veces durante la labor de parto y además reflexionan sobre las características con las que debería ser realizada.

Varias participantes mencionaron que no les permitieron estar acompañadas durante el proceso de parto por un familiar, la estudiante EEUTCHV1 dijo *"Estuvieron conmigo mis tías. Mis tías, mi tío, mis abuelitos, me acuerdo que llegó mi mami. Pero no los dejaron entrar a ninguno de ellos, ellos estuvieron afuera. No les dejaron entrar"*. De manera parecida la alumna EEUTCHV3 dijo *"En el centro de salud estuvieron mi papá, mi madrastra y mi esposo. Pero en el hospital no dejaron entrar a nadie. Estaba sola con los médicos"*. Otra informante

expresó *“mientras que cuando tuve a mi primer hijo estuve todo el tiempo sola, porque no les dejaban pasar”* (EEUTCHV8).

A diferencia de las anteriores, la informante EEUTCHV7 contó: *“Si se podía, podía entrar mi esposo y podía entrar mi mamá. Pero los dos no entraron, porque era una cesárea, tal vez... o sea mi esposo decía: si es un parto normal, entro. Si es cesárea, no, porque... hubieran tenido que atenderle también a él”*.

Llama la atención que hubo varias alumnas que mencionaron que no pudieron estar acompañadas durante el parto, pero las que sí tuvieron compañía contaron que habían estado con sus madres. Ninguna mencionó que sus parejas presenciaran el nacimiento de sus hijos.

Varias madres mencionaron que luego del parto fueron separadas de sus hijos, entre ellas EEUTCHV3 dijo: *“Igual al momento que le sacaron yo le vi de espaldas, no le vi de frente, de ahí le sacaron y le fueron a limpiar. Solo le vi de espaldas, oí que lloró y se lo llevaron”*. De la misma manera, la informante EEUTCHV6, quien tuvo dos partos, contó *“En mi hija todo fue algo bonito, pero en mi hijo yo me asusté porque no lloró estaba todo moradito y yo pensé que había fallecido. A mi hija no le separaron nunca de mí, mientras que a mi hijo sí. A mi hija le di de lactar en seguida, pero en mi hijo se demoraron hasta que le estabilicen y eso, pero después sí”*. La participante EEUTCHV8 dijo *“se demoraron, de lo que me sacaron al bebé, primero lo limpian, dijeron: “este es su bebé” y listo. Se lo llevaron, lo limpiaron y, después que ya me metieron a otra cama, ahí ya me lo trajeron. Si habrá pasado una hora más o menos”*. Por último, una de las alumnas que dio a luz por cesárea, describió que luego de nacer su hija, ella se quedó dormida por varias horas en las que no puede recordar los sucesos.

En la fundamentación epistemológica de este trabajo se habló de la importancia de los primeros momentos de vida del bebé y del inicio de la lactancia en la primera hora de vida, para el desarrollo emocional y social del bebé y de que los cuidados que necesita el recién nacido se hagan en el mismo lugar en el que se encuentra la madre. Sin embargo, las

alumnas que mencionaron haber sido separadas de sus niños al nacer, no pudieron darles de lactar en la primera hora de vida.

Casi todas las participantes mencionaron que durante el proceso de parto el personal de salud les iba informando sobre lo que iban actuando, pero solo una informante mencionó que les permitieron participar en la toma de decisiones, las demás expresaron que: *“Si me iban informando, pero ellos actuaron”* (EEUTCHV9).

La alumna EEUTCGF2 mencionó *“Antes de ingresar me preguntaron de cómo yo quería dar a luz: si sentada, arrodillada, acostada... entonces yo les decía que arrodillada y me dijeron que sí, pero en ese momento en que yo estaba en la pelotita...Nació de una, no fue ni arrodillada, ni sentada, sino que me metieron a la camilla y yo di a luz acostada”*. A esta participante le preguntaron antes del proceso en qué posición deseaba dar a luz, pero luego eso no se cumplió en el proceso.

En la fase postparto la informante EEUTCHV8 cuenta “me lo pasaron envuelto, como “palanquetita” me lo pasaron, me lo dejaron cambiándolo solo entonces yo, como era mi primer bebé, lo cambié todo, pero yo no le volví a hacer la “palanqueta”, así no le cubrí nada. Sino que él lloraba, lloraba y lloraba. Todas las personas que estaban, porque son camillas las de las madres, decían que: “Usted no tiene leche, por eso que llora”, entonces yo lloraba asustada porque no le podía hacer callar con nada. Después, mi mami me dijo que tenía que haberle envuelto como me lo entregaron, y que tal vez por eso el niño lloraba. Yo estaba bien nerviosa, aparte que solo pasaba con personas desconocidas, porque no los dejaban pasar en seguida a mis familiares, sino solamente el otro día. Entonces si se puede decir que pasé una noche muy fea porque los doctores o las enfermeras no me decían porque llora, o... algo. No me decían nada. Entonces ya me tocó toda la noche tenerlo en brazos y con mis brazos cubrirlo, aparte de que estaba con el dolor de la cesárea...Ninguna enfermera se me acercó o me dijo porque llora, o no tiene leche... no me dijeron nada”. En estas líneas se lee el recuerdo de la primera noche con su bebé de una madre primeriza, sola, en un ambiente

poco acogedor, sin poder preguntar o apoyarse en nadie, con muchas dudas y temores. Una vez más el desconocimiento de que la lactancia es un proceso juega un rol importante, aumenta la angustia de la madre primeriza, el personal de salud se mantiene indiferente.

Además dos estudiantes plantearon haber sufrido depresión postparto. La alumna EEUTCHV1 dijo: *“me acuerdo que pasaron tal vez unos veinte días desde que di a luz y yo solo lloraba y lloraba, y yo decía: ‘Ya me debería pasar’ y el doctor me dijo que era el posparto, que siempre es así, y de hecho sentía que no quería estar con mi hija, pero no recuerdo cuanto tiempo me duró. Pero sí lloraba bastante, bastante, sentía tristeza y no sabía por qué. Sentía unas ganas de llorar y así por todo lloraba. Lloraba porque hace sol, porque llueve, porque mi hija llora, porque se ríe, por todo lloraba yo, por todo”*. Además la informante EEUTCHV7 mencionó *“Sí, porque obviamente, cuando uno sale del parto, uno tiene la idea que va a quedar igual que como inició, o cómo era antes del embarazo... al principio fue difícil, porque no me reconocía en el espejo, nada me quedaba bien, físicamente me sentía... estaba muy delgada, y a parte que tenía la anemia, que ya venía en el embarazo, entonces... fue muy difícil reconocermé y aceptarme. Y también... aceptar que eres mamá, que tienes una niña que depende de ti ciento por ciento. Entonces, al principio, yo sí tuve depresión que yo no quería... que nadie me diga nada, que nadie me mire ni me toque nada, y entonces empecé incluso a rechazar a mi pareja, a mi esposo... no lo soportaba, y él tuvo que tener mucha paciencia, porque era un proceso que me estaba pasando y que él tenía que aceptarlo, y comprender, y tener paciencia, pero poco a poco, lo fui superando. Y llegué a un punto en donde tuve que ponerme fuerte y decir: “No, ya... se acabó. Porque hubo un primer mes, ese primer mes creo que sobre todo fue el más difícil. Obviamente, los niños no vienen con manual, entonces uno tiene que ser mamá, aparte de no reconocerse, de que a uno nada le quede, de estar muy delgada y la lactancia encima entonces era como que nada podía hacerlo, nada podía hacerlo bien, uno se siente como inútil. Pero ya luego, poco a poco, con el apoyo de mi esposo, de mi madre, fui saliendo de eso”*.

En conclusión, se puede decir que en muchos casos las alumnas no contaron con la información suficiente que les permitiera participar activamente en el proceso del parto y hacer valer los derechos suyos y de sus hijos. A pesar de que en algunos casos la atención del personal de salud fue respetuosa, en otros casos las estudiantes sufrieron violencia física y psicológica durante el proceso de parto, acompañada por prácticas que científicamente están poniéndose en discusión. Con lo que se puede afirmar que no existe uniformidad de prácticas en el sistema de salud, todo depende del accionar de cada institución e individuo. Finalmente, solo el conocimiento propio de la madre puede garantizar un proceso de nacimiento respetado y empoderado.

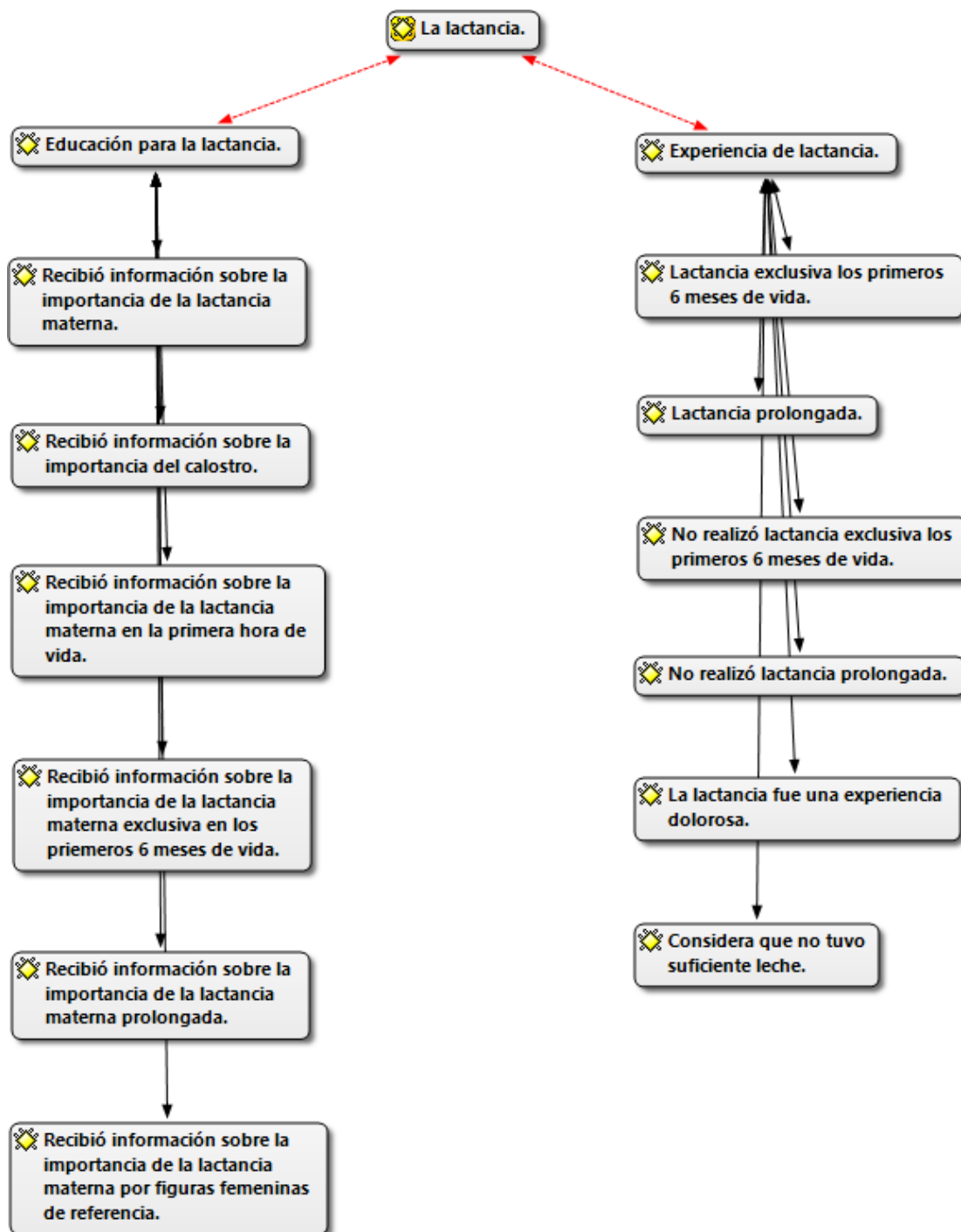
Otra conclusión que se puede extraer es la sensación de soledad que se lee en muchos relatos, la falta de participación en los procesos de las parejas, la sobrecarga de responsabilidad que recae en las alumnas madres y que conduce en ocasiones a estados de ánimo depresivos.

4.3.2.7 La Lactancia.

A continuación se presentan los resultados relacionados con la información que las estudiantes tuvieron en relación a la lactancia y la vivencia que tuvieron al respecto.

Ilustración 22

La Lactancia.



Nota. Atlas.ti - Elaborado por: Agnese Bosio/Investigadora.

Tabla 28

Listado de códigos: La lactancia.

| Unidad temática | Conceptos primarios | Conceptos secundarios |
|------------------------|------------------------------|--|
| La lactancia. | Educación para la lactancia. | <p>Recibió información sobre la importancia de la lactancia materna.</p> <p>Recibió información sobre la importancia del calostro.</p> <p>Recibió información sobre la importancia de la lactancia materna en la primera hora de vida.</p> <p>Recibió información sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida.</p> <p>Recibió información sobre la importancia de la lactancia materna prolongada.</p> <p>Recibió información sobre la importancia de la lactancia materna por figuras femeninas de referencia.</p> |
| | Experiencia de lactancia. | <p>Lactancia exclusiva en los primeros 6 meses de vida.</p> <p>Lactancia prolongada.</p> <p>No realizó lactancia exclusiva en los primeros 6 meses de vida.</p> <p>No realizó lactancia prolongada.</p> <p>La lactancia fue una experiencia dolorosa.</p> <p>Considera que no tuvo suficiente leche.</p> |

Nota. Agnese Bosisio/Investigadora.

En el grupo focal se pretendió comprender la información que las alumnas disponían, antes de convertirse en madres, acerca de la lactancia materna (lactancia en la primera hora de vida, lactancia exclusiva los primeros seis meses, lactancia complementaria hasta los dos años, la lactancia prolongada), para comparar el conocimiento y la experiencia de las estudiantes con las indicaciones establecidas por la OMS. En general, se puede notar que las alumnas dispusieron de información suficiente y relevante sobre la lactancia, puesto que en Ecuador se realizan muchas campañas publicitarias y los sistemas de salud en general promueven la lactancia materna.

La alumna EEUTCGF2 dijo: *“mi ginecólogo (...) me supo manifestar que al momento que yo tenga a mi bebé en mis brazos, la primera leche, que es el calostro, era muy importante para mi bebé porque tenía todos los nutrientes y vitaminas, más importantes y esenciales para un*

bebé, y de igual manera siempre me dijo la importancia de la lactancia materna exclusiva los seis meses y luego decidir qué tiempo puede el bebé seguir lactando” En la misma línea, la alumna EEUTCGF1 manifestó: *“el ginecólogo me decía que lo primero y lo más importante para el bebé era la primera leche, la primera hora. No pude darle solo leche materna porque no tenía suficiente leche, tuve que complementar con fórmula”*. Las dos alumnas recibieron información sobre la importancia del calostro para el bebé. A pesar de eso, no hablan de la función afectiva que tiene la lactancia en la primera hora de vida y en general.

En el caso de la alumna EEUTCGF5, quien dice *“Yo sí recibí información acerca de la lactancia en la primera hora. Al momento que di a luz, le llevaron al bebé para cambiarle y me llevaron a mí a la habitación, le revisaron que estaba bien todo y me lo subieron. (...) Igual me han informado de la lactancia, que durante los primeros 6 meses, como yo pasaba con mi pequeña, yo la traía acá a la universidad entonces tomó el seno siempre, no le di fórmula igual hasta ahora que tiene un año y 8 meses, no deja todavía el seno”*. A pesar de una primera separación entre la madre y el bebé, la información que recibió la alumna, le permitió dar de lactar desde el primer día, los seis meses de manera exclusiva, y continúa de manera complementaria hasta el momento de redactarse estas líneas.

La alumna EEUTCGF6 dijo: *“Bueno igual yo durante el embarazo recibí esta información que era muy importante que al momento de que nazca pueda tomar el seno, eso fue lo que pasó, esa noche y durante el siguiente día estaba bien, supuestamente tenía leche pero ya me dieron el alta, llegué a mi casa y al siguiente día no tenía leche. Entonces lo que hicieron fue darle fórmula, por una semana tomó solo fórmula porque no tenía leche. Hasta cuando ya tuve que empezó a tomar por un mes hasta entrar a clase. De ahí si consumió solo fórmula hasta los seis meses. Y mi leche hasta el año dos meses que le quité porque igual ya no tenía leche”*. La alumna plantea que en un primer momento sintió tener leche, pero luego esta se redujo, situación empeorada por el ingreso a clases. Son varias las alumnas que en su testimonio dejan entender una posible afectación a la lactancia, debido a su responsabilidad académica y vida estudiantil, lo que también podría hacer suponer una falta de conocimientos

sobre cómo incrementar y mantener la producción de leche, a pesar de tener que separarse por horas de sus bebés.

En ese mismo orden de ideas lo manifestó la alumna EEUTCGF10, quien dijo *“yo si he recibido información sobre la lactancia pero en mi caso, una vez que di a luz, yo no tenía leche, me salió al día siguiente, entonces mi bebido si lloraba del hambre. Pero al día siguiente, tomando líquidos, me salió la leche y le pude dar (...), en este caso como tenía que venir a la universidad, tengo que complementarle con fórmula”*. En este testimonio se percibe también como muchas madres tienen la idea de que la leche sale de inmediato, una vez que el niño ha nacido, y no tienen el concepto de que la lactancia es un proceso y que se debe cuidar y fomentar a través de algunas prácticas.

El sujeto EEUTCGF3 plantea algunas cuestiones parecidas a las participantes anteriores sobre sus conocimientos acerca de los beneficios de la leche materna para el desarrollo del bebé y añade: *“la ginecóloga me dijo que para que la leche tenga todas las vitaminas y todas las substancias, tenía que alimentarme correctamente para que la leche también sea beneficiosa. Yo no le di hasta los dos años, le di solamente hasta el año cuatro meses, puesto que mi hijo estaba más grandecito y quería solamente el seno y no quería comer”*. La alumna plantea la necesidad de la madre lactante de alimentarse correctamente para poder ofrecer el mejor alimento para su hijo. En la segunda parte de su comentario plantea que dejó de darle el seno a su hijo antes de los dos años, porque prefería el seno a la comida. Este último comentario hace parte de algunas creencias sin fundamento científico, que en ocasiones generan las madres o los médicos, en torno a la necesidad de suspender la lactancia materna porque perjudica el proceso de alimentación del bebé o porque ya no contiene nutrientes. En ocasiones incluso se llega a plantear una relación morbosa entre el hijo varón y el seno de la madre. La evidencia científica ha demostrado que el niño no deja de recibir los beneficios de la leche materna, incluso cuando esta se prolonga más allá de los dos años de vida.

De las diez alumnas informantes, seis no pudieron realizar lactancia exclusiva hasta los seis meses de vida del bebé. Algunas estudiantes conectaron sus responsabilidades académicas con el hecho que no pudieron realizar la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida de sus bebés y la lactancia prolongada. La participante EEUTCHV1 dijo: *“Por motivo que yo estudiaba y trabajaba también, yo le daba leche y leche de tarro también y le di el seno hasta un año cuatro meses”*. Asimismo la informante EEUTCHV5 dijo: *“Le daba de lactar, pero también completaba con leche artificial, debido a los estudios. En la mañana yo tenía clases y ella se quedaba con el papá, entonces a ratos me podía extraer mi leche misma y le dejaba, pero había momentos en que no podía, porque como tenía que hacer los deberes, a veces tenía que descansar, estaba cansada, se dormía la bebé y no me daba tiempo para extraerme, entonces me tocaba recurrir a lo que es la leche artificial”*.

La alumna EEUTCHV6 dijo *“Mi hija lactó solo de mí hasta los ocho meses, porque de ahí vine a la Universidad, mi hijo en cambio se quedó de los quince días. Yo estaba embarazada ya para entrar a la Universidad, ya di a luz y todo eso. En cambio con mi hijo yo estaba estudiando y solo pasaron 15 días, me tocó de tratar de darme sacando toda la leche que podía y aparte de eso, ayudarme con la leche de tarro. A los dos (les di de lactar) hasta el año”*.

Muchas alumnas ya en su experiencia de lactancia manifestaron que fue muy dolorosa: la informante EEUTCHV1 dijo *“La experiencia de la lactancia para mí la verdad fue dolorosa, porque al momento que la niña iba lactando, lactando, con el paso de los días se me peló los senos, yo me acuerdo se me peló, me salía sangre, me dolía demasiado, yo decía: ‘Yo ya no quiero no quiero darle de lactar’ y mi familia me hablaba y me decía que debía darle de comer y era bien doloroso: eso era horrible, horrible...”*. De manera parecida la estudiante EEUTCHV2 dijo *“Pero la experiencia de lactancia fue bien terrible, porque yo no tenía bien formados los pezones, tenía que jalarme con una jeringuilla para que me salgan bien los pezones, la doctora me mostró cómo hacerlo y yo tenía que hacerlo yo misma”*. La alumna EEUTCHV3 mencionó *“Fue una experiencia dura. Durante el embarazo me dijeron que debía*

hacerme masajes en el pezón para que esté medio puntón y cuando el bebé nazca pueda mamar. Yo lo hice pero mi bebé jalaba mucho y me lastimó mucho, mucho. Yo lloraba, como ella lloraba, salía sangre y ella tomaba eso. No sé si le ocurrirá eso a las demás personas pero a mí sí me dolió mucho". Así mismo la participante EEUTCHV4 contó: *"La experiencia de la lactancia fue algo doloroso, muy doloroso, porque primero yo nunca me capacité para eso, entonces creo que eso fue algo que me faltó y que debería ser muy importante en cada mujer, porque sí fue muy doloroso, era complicado, estaba cansada, en el primer día me sentía cansada, no me acoplaba todavía al ritmo de mi bebé porque ella lloraba muchas veces, se despertaba y darle de lactar, tenía agrietados los pezones, fue difícil toda esa etapa para mí"*. En la misma línea: *"La experiencia de la lactancia: Dolor, al principio fue dolor. Porque se me lastimaron mucho los pezones, no podía darle de lactar bien, con satisfacción, disfrutar de la lactancia, porque se me lastimó horrible, la niña no cogía bien el pezón porque tenía la boquita muy pequeña, entonces como que no cogía muy bien el pezón, se me llenaba la leche, fue complicado, fue muy complicado"* (EEUTCHV7). En ocasiones el agrietamiento de los pezones, que causa mucho dolor en las mujeres, se debe a la falta de preparación de los pezones previo al nacimiento del niño o a la incorrecta forma de agarrar el seno del niño al nacer. En los dos casos, la capacitación podría ayudar a las futuras madres a prevenir el problema.

De estos testimonios se puede concluir que muchas estudiantes tienen conocimiento acerca de los beneficios que tiene la lactancia para el desarrollo físico del bebé, aunque no mencionan tener conocimiento sobre los beneficios que tiene en el desarrollo psico-afectivo. Además, se pudo evidenciar la ausencia de conocimiento sobre prácticas para instaurar y fomentar un proceso de lactancia exitoso. Muchas parecen no dar demasiada importancia a la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de edad y complementaria hasta los dos años del niño. En varios casos el regreso a las actividades académicas en la universidad obstruyó el proceso de lactancia. No se menciona que las alumnas pudieran extraerse y

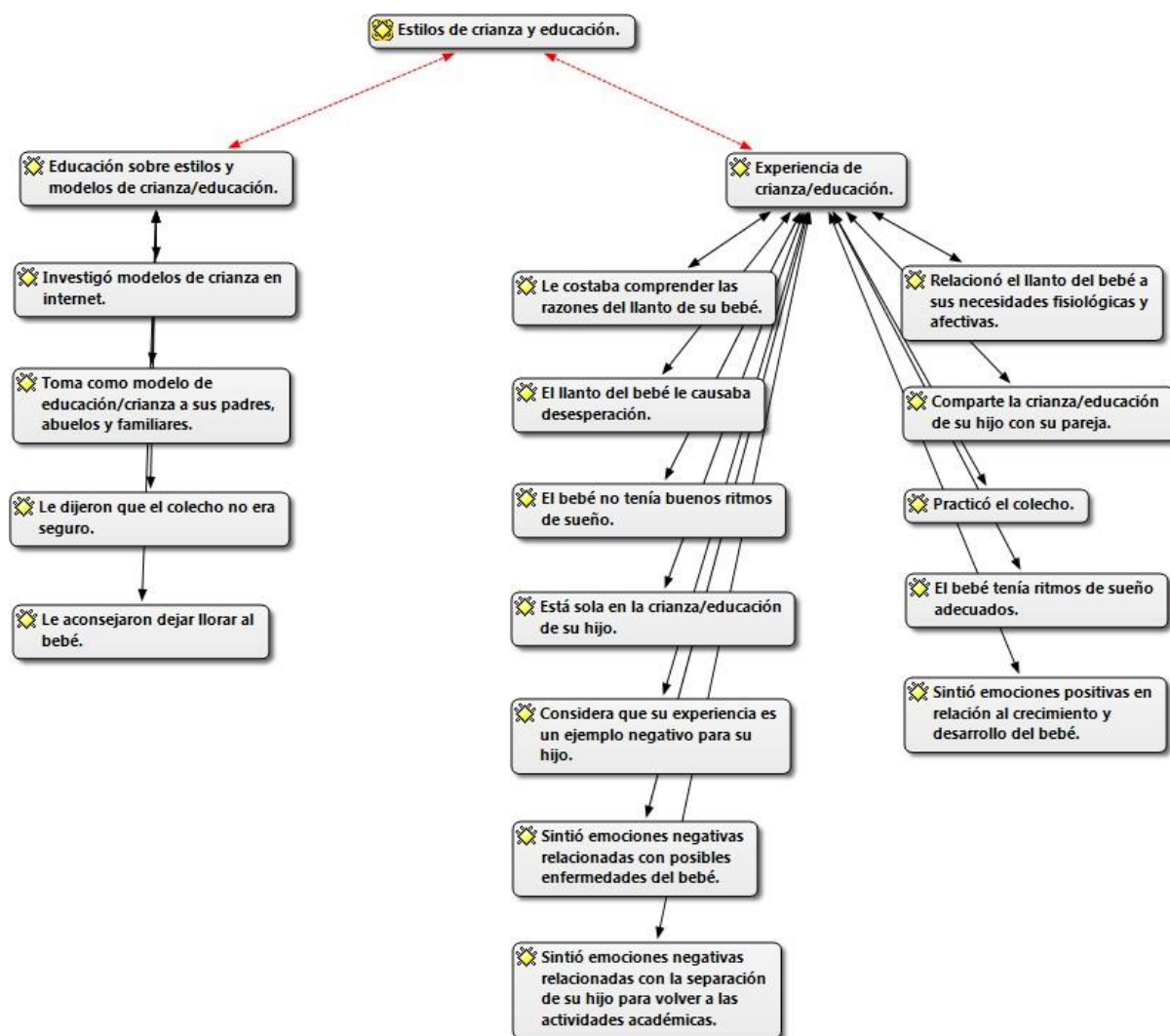
conservar la leche, como técnica para fomentar la producción de leche y evitar el consumo de alimentos artificiales por parte de los bebés.

4.3.2.8 Estilos y modelos de crianza.

En esta unidad temática se observan los resultados obtenidos con respecto al conocimiento de las estudiantes sobre estilos y modelos de crianza, así como sobre las decisiones que ellas tomaron con respecto a la educación de sus hijos en los primeros meses de vida (exergestación).

Ilustración 23

Estilos de crianza y educación.



Nota. Atlas.ti - Elaborado por: Agnese Bosisio/Investigadora.

Tabla 29

Listado de códigos: Estilos de crianza y educación.

| Unidad temática | Coceptos primarios | Conceptos secundarios |
|---------------------------------|---|--|
| Estilos de crianza y educación. | Educación sobre estilos y modelos de crianza/educación. | Investigó modelos de crianza en internet. Toma como modelo de educación/crianza a sus padres, abuelos y familiares. Le dijeron que el colecho no era seguro. Le aconsejaron dejar llorar al bebé. |
| | Experiencia de crianza/educación. | Le costaba comprender las razones del llanto de su bebé. El llanto del bebé le causaba desesperación. Relacionó el llanto del bebé a sus necesidades fisiológicas y afectivas. El bebé no tenía buenos ritmos de sueño. Practicó el colecho. El bebé tenía ritmos de sueño adecuados. Está sola en la crianza/educación de su hijo. Comparte la crianza/educación de su hijo con su pareja. Considera que su experiencia es un ejemplo negativo para su hijo. Sintió emociones negativas relacionadas con posibles enfermedades del bebé. Sintió emociones negativas relacionadas con la separación de su hijo para volver a las actividades académicas. Sintió emociones positivas en relación al crecimiento y desarrollo de su bebé. |

Nota. Agnese Bosisio/Investigadora.

En la fundamentación teórica se analizaron algunos aspectos relacionados con la crianza respetuosa en los primeros meses de vida, específicamente hasta los 9 meses, periodo que se denominó extero-gestación.

En este apartado se intenta comprender el nivel de conocimiento que las estudiantes de la UTC que se convirtieron en madres tenían sobre estas prácticas y cómo esos conocimientos influyeron en sus elecciones de crianza. En especial, se tuvieron en cuenta algunos aspectos que favorecen el vínculo materno infantil, aparte de la lactancia que se trató en el apartado anterior, se indagó sobre el sueño del bebé, el llanto y los modelos de crianza y educación.

En cuanto al sueño se hizo evidente que, por razones culturales, la mayor parte de las estudiantes practicaron el colecho. Sin embargo, también se patentizó que las informantes no conocían las prácticas para que sea una práctica segura.

La alumna EEUTCGF1 dijo que su familia consideraba el colecho una práctica negativa puesto que al compartir la cama con su bebé, ella no iba a poder descansar bien, pero luego ella se impuso *“llegó un punto en el que yo dije: ‘es mi hija y va a dormir conmigo’. Para mí era mucho más fácil porque yo no podía moverme bien (por la cesárea). Desde ahí y hasta el día de hoy mi hija duerme con mi esposo y conmigo, pero si noto y he leído y lo veo en ella reflejado, que es mucho más segura, por algún motivo, no sé en realidad cual es la función de que duerma con los padres, y cómo le ayuda, pero si veo cierta seguridad en ella, al momento de tomar ciertas decisiones es como que ella las toma con seguridad”*. Y continúa *“en la parte de seguridad para que duerma conmigo el ginecólogo y mi madre me han explicado que la bebé no tenía que dormir muy tapada porque los niños se mueven en la noche y podía taparse la cara, entonces podía ahogarse. O la posición de la cabeza, que no debía ser muy atrás porque podía regresarse la leche y ahogarse con su propio vómito”*. La misma alumna dice: *“respecto al contacto piel con piel eso me lo dijo el médico, al momento en que me hicieron la cesárea lo primero que hicieron es darme a la bebé, la pusieron en mi pecho”*. De su testimonio se puede notar que tiene un conocimiento empírico sobre los beneficios del colecho, conoce de prácticas generales para que el niño duerma seguro, aunque estas no se relacionan con las indicaciones específicas para el colecho. Además, a pesar de haber dado a luz por cesárea, se la puso inmediatamente en contacto piel a piel con su bebé, en beneficio del vínculo materno-infantil.

El sujeto EEUTCGF7 dijo *“en mi familia se acostumbra eso, nace tu bebé, duermes con tu bebé, pero no he recibido información sobre cómo realizarlo de manera segura, ni por parte de los doctores ni por parte de mi familia”*.

La alumna EEUTCGF3 plantea que por procesos de auto-educación (en internet) supo que el colecho reducía el riesgo de muerte en cuna, pero sus conocimientos sobre el sueño del niño, son al igual que en sus compañeras, generales.

En la misma línea, la estudiante EEUTCGF5 dice: *“En mi caso mi pequeña duerme hasta ahora con nosotros, conmigo y con mi esposo. Nosotros igual le acostamos de lado, le ponemos una almohada en la cabecita, igual para que no se atranque con su vómito mismo, y no pueda ocurrir alguna desgracia”*.

Algunas estudiantes manifestaron que sus hijos no tenían ritmos de sueño regular, lo que les afectaba para continuar con sus procesos de formación académica. La alumna EEUTCHV3 dijo: *“Al inicio tenía malas noches, había veces que ella dormía de largo las primeras horas pero luego se levantaba a la madrugada para tomar el seno, tenía la costumbre de tomar el seno a la madrugada. Luego se dormía un poco y otra vez se levantaba. Entonces era un poco difícil porque pasaba malas noches en esos momentos”*. De manera parecida, la estudiante EEUTCHV8 dijo: *“sí eran ellos bien irregulares, no tenían así tiempos para dormir, así a tal hora se duermen o... no, no les puse tiempos para dormir, ellos se dormían así... cuando ellos querían, porque yo no les puse un horario”*.

Pero en general, la mayor parte de las alumnas indicó que sus hijos dormían de manera adecuada, incluso se podría plantear una relación entre los ritmos adecuados de sueño y el colecho: *“En el día yo no podría decirle porque yo trabajaba, yo no pasaba en la casa. En la noche ella sí dormía toda la noche, como que, como decía mi tía que me ayudaba con ella, que ella ‘entiende que tú necesitas descansar’ y ella dormía y de ahí yo me despertaba, a veces había veces que no se despertaba tampoco, tocaba moverle para cambiarle y pasarle dejando donde mi tía, irme a trabajar, y tarde irme al colegio. Ella dormía conmigo”* (EEUTCHV1). De manera parecida la informante EEUTCHV4 mencionó *“No me dio tantas molestias porque desde que llegó dormía, dormía en la noche, dormía en el día, pasaba dormidita, no tenía problemas, más que todo de noche, me dejaba descansar tranquila. Igual*

cuando ya regresé a clases, yo hacía mis deberes, le daba de comer, le aseaba, todo, se acostaba y hasta el siguiente día. Sí dormía conmigo”. La estudiante EEUTCHV9 expresó: *“enseguida tomó el ritmo (de sueño). Era un niño que descansaba mucho, dormía mucho, en el día por lo general, hasta los primeros seis meses pasaba siempre entre la comida y el sueño, la comida y el sueño. Y en la noche igual: la comida y el sueño. El no tuvo ningún tiempo en que pasaba despierto, ni llorando mucho. Tenía un sueño muy maravilloso para los meses que él tenía. Si, el bebé dormía conmigo”*.

En cuanto a la relación con el llanto del bebé, las opiniones están divididas, por un lado hay informantes que identifican las necesidades psico-biológicas que generan el llanto, es el caso de la estudiante EEUTCGF3 quien dijo: *“la función del llanto del bebé es para indicar si tiene molestia, malestar, si algo le fastidia, entonces con el llanto uno ya se da cuenta tal vez hay que cambiar el pañal, por ejemplo, tal vez que le pica algo, tal vez que tenga hambre, tal vez le duele algo. El llanto es un aviso para la madre de la necesidad que tiene el bebé”*.

Sin embargo también varias estudiantes manifestaron que el llanto de sus bebés les producía desesperación:

La estudiante EEUTCHV1 contó: *“Cuando recién me mandaron a la casa, yo sentía desesperación, cuando ella lloraba, mi corazón se agitaba demasiado, no sabía ni cómo actuar, ni que le duele, y ahora ¿cómo le pregunto y como sé que quiere?”*.

La informante EEUTCHV2 dijo *“Las experiencias negativas son cuando mi hija se enferma, como esta semana que ha tenido una gripe bien intensa, y uno no sabe qué hacer, qué le dolerá, es el llanto de ella que llora y llora, pero uno no se sabe qué le duele, y como mamá se siente que ahora sí, ¿qué hago? Y ¿qué le dolerá? Y es una desesperación que yo quisiera que hable, al menos para saber qué le duele”*.

La informante EEUTCHV7 mencionó *“En los primeros meses fue complicado acoplarme al llanto de mi bebé. Como no podía darle de lactar, yo sabía que ella lloraba de hambre. Al principio, fue muy complicado porque no sabía que hacer: era mi dolor, y más el dolor de ella.*

Llegué a un punto en que, como yo tenía el seno lastimado, llegué a decir: ‘Ya no te voy a dar más, voy a darte solo formula’.

Varias estudiantes manifestaron emociones positivas en este periodo considerado, relacionadas con el desarrollo de sus bebés:

“Me acuerdo cuando le salió el primer diente, cuando ya se daba la vuelta, me acuerdo era una alegría bien bonita, una sorpresa para mí” (EEUTCHV1).

La alumna EEUTCHV2 dice *“Mi hija es bien viva, bien inteligente, todo aprende, todo ve y ya. Si mi hermana aplaude, ella ve bien y empieza a aplaudir también. O a veces está ahí parada, como ya está empezando a dar sus pasitos, ya ha empezado a pararse”.*

La informante EEUTCHV3 mencionó *“Los recuerdos bonitos del primer año de mi bebé fueron cuando le salieron los primeros dientes, cuando empezó a gatear, las primeras palabras, las primeras caras y gestos, son momentos que uno se tiene ahí presente, te toman fotos, se hacen videos para que queden los recuerdos”.*

La estudiante EEUTCHV4 manifestó *“Las experiencias bonitas es la dulzura que ellos tienen, sus movimientos, sus gestos, como ellos se van desarrollando físicamente, es bonito. Igual cuando empezó a gatear, cuando se viraba, cuando hacía sus primeros pasitos, era bonito”.*

La participante EEUTCHV5 dijo: *“Ella siempre me hace muy feliz de verla porque como en esta etapa va creciendo, hay muchas cosas que ya va aprendiendo, siento mucho amor en el momento de tenerla, cuando se me acerca, entonces un abrazo, un beso... creo que es algo muy bonito”.*

La informante EEUTCHV7 consideró que *“Las emociones positivas fueron el ver cómo va creciendo, como te va reconociendo como su madre, cómo va reconociendo la voz de su papá, va reconociendo el resto de las personas de la familia, ver cómo, de lo que siempre estaba acostadita, luego ya se sienta, luego ya camina, empieza a comer, ver cómo disfruta de la comida, mi hija disfrutaba mucho, por ejemplo, del plátano, que fue lo primero que le di,*

ver cómo iba disfrutando de cada sabor, de cada cosa que tocaba, de cada cosa que veía, de las luces”.

La mayor parte de las participantes manifestaron emociones negativas relacionadas con la separación de sus hijos al volver a la universidad:

La participante EEUTCHV3 dijo *“Recuerdos negativos, la dificultad al momento de dejarle, cuando tenía una persona que podía verle, la incertidumbre de saber si estará bien... El primer año venía conmigo a la universidad, luego se quedaba con la prima de mi esposo. Al momento de venir conmigo igual se enfermaba porque aquí hace frío, salimos de noche. Cuando se quedó con la prima de mi esposo, siempre pensábamos si estará bien, si le dará de comer. Cuando tuve que dejarle para venir a la universidad fue difícil para las dos, estábamos acostumbradas a estar juntas, ella lloraba, tocaba entre tenerle con algo, para que se quede. Porque ellos ya sienten y saben. Igual yo me sentía mal porque estaba acostumbrada a estar con ella y no sabes si le van a tratar bien o va a estar bien o va a estar mal”.*

La estudiante EEUTCHV5 manifestó *“En las emociones negativas, a mí me hubiera gustado estar toda la etapa con mi bebé, porque tengo por ahora que ausentarme, nunca me hubiera gustado darle leche artificial, pero... no me quedó otra opción, pero a rato siento como que me gustaría, me hubiera gustado estar más pendiente de ella en esa etapa que ella estaba más chiquita. Me costaba la separación. Ahora que la bebé ya ha empezado a comer, es como que me calmo un poquito, pero al inicio yo me preocupaba bastante, porque al inicio ella rechazó la leche artificial y me decían que ella no quería, no quería tomar la leche, y yo tenía esa preocupación que se me va a enfermar, que se vaya a bajar de peso, entonces, apenas yo salía de clases, o apenas no tenía una hora, me salía de clases, pedía permiso o cualquier cosa y me iba para poder dar el seno a la bebé”.*

De manera parecida la alumna EEUTCHV6 expresó *“Regresar a la Universidad se me hizo duro, porque ya... era como que una parte de mí se quedaba en la casa y yo era preocupada*

de cómo estará, estará llorando, estará bien... Les verán bien, les pasará algo... Pero... no sé... sí es fuerte”.

La alumna EEUTCHV9 se retiró un año de la universidad para poder atender a su hijo y dijo *“Como descansé un periodo bastante larguito para poder volver a la universidad, mi hijo ya tenía más o menos un año y medio. Pero sí se me hizo difícil porque él era todavía pequeño. Entonces, tenía que llevarle conmigo a clases, tuve que buscar quien lo cuide, entonces era una preocupación estar en clases y pensar en él, en que si estará bien, si estará comiendo, y cuando lo traía a clases, también era una preocupación, porque a veces se molestaba, a veces interrumpía las clases, durante ese tiempo, sí era constante preocupación, era como que yo estuviera en dos lugares... tendría que estar en dos lugares al mismo tiempo”*

La informante EEUTCHV10 reiteró: *“Regresar a la universidad fue un poco doloroso porque tenía que irle dejando a mi bebito tan pequeñito al cuidado de otras personas y pobrecito, no podía darle la leche materna, tenía que comprarle la leche en tarro o en polvo, para que mi bebé pueda comer y alimentarse. Creo que si me sentí mal, una mala madre, porque le iba dejando a mi bebito tan pequeñito para poner continuar en la universidad. Así mismo, volver de la universidad, cogerle al bebé, a veces lloraba, a veces no me dejaba hacer las cosas, un momento estaba bien, otro momento lloraba”.*

Se reportan solo algunos comentarios, pero las demás participantes se expresaron en la misma línea, lo que hace vislumbrar que tener que volver a la universidad fue para las madres una sensación cómo de romper un lazo. La intensidad de la relación materno filial en los primeros meses de vida del bebé se veía perjudicada por las responsabilidades académicas de las madres estudiantes. Además, se nota con claridad que las estudiantes no pudieron concentrarse de manera adecuada en sus estudios, porque siempre estuvieron con la preocupación de sus hijos y de si estarían bien atendidos. Esto sumado a que en muchos casos tuvieron que dejar a sus hijos al cuidado de personas que no les garantizaban a las madres la tranquilidad.

Varias madres reportaron emociones negativas relacionadas con las enfermedades de los bebés, por ejemplo la alumna EEUTCHV2 dijo *“Las experiencias negativas son cuando mi hija se enferma, como esta semana que ha tenido una gripe bien intensa, y uno no sabe qué hacer, qué le dolerá, es el llanto de ella que llora y llora, pero uno no se sabe qué le duele, y como mamá se siente que ahora sí, ¿qué hago? Y ¿qué le dolerá? Y es una desesperación que yo quisiera que hable, al menos para saber qué le duele”*.

Finalmente, se indagó a las estudiantes sobre la base que tuvieron para la toma de decisiones relacionadas con modelos de crianza y educación para sus hijos.

La alumna EEUTCHV7 mencionó que toma conjuntamente con su pareja las decisiones sobre la educación de su hija *“Las decisiones respecto a la crianza de la niña las tomamos los dos, tanto mi esposo como yo”*.

La estudiante EEUTCHV9 informó que está sola en la crianza y educación de su hijo: *“Los estilos de educación es acorde a la edad que él va teniendo, se le va asignando obligaciones, se le va asignando responsabilidades, y, pues, con él es un poquito trabajoso, la verdad, porque lo crío sola y entonces me toca estar pendiente absolutamente de todo: de su comportamiento, de su rendimiento académico, si come bien... para mí, sí es un poquito difícil por la edad que mi hijo tiene, educarle, porque los niños en sí empiezan a adoptar actitudes que no son correctas y toca corregirle y hacerle entender el por qué no está bien y las causas que va a provocar su comportamiento”*.

La mayor parte de las informantes dijeron que toman como modelo de educación y crianza a sus padres y otros familiares:

La alumna EEUTCHV1 manifestó *“me acuerdo que la guía principal para la crianza de mi hija fueron mis abuelitos, y luego, como nos venimos a vivir con mi mami, mi mami, me acuerdo que influenció bastante, bastante, bastante”*. De manera parecida la estudiante EEUTCHV4 planteó: *“en la elección de estilos de crianza y aprendizaje, uno se va aprendiendo, en el*

internet, consejos de mi abuelita y de mi madrastra, igual le van guiando a uno, que hay que hacer, como hacer. Y uno ya va aprendiendo y se va dando cuenta qué hacer”.

La informante EEUTCHV5 *“Con respecto a los modelos de crianza y educación creo que he tomado modelos de mis familiares o de algunos vecinos, o simplemente cuando se va por ahí se ve como les tratan a los niños, a veces les pegan en la calle, entonces yo creo que eso no está bien. Hay que buscar de enseñarles, buscar una forma dinámica para que a ella le guste. Bueno en este caso ya está aprendiendo a comer sola y para eso necesitaba motivarle con algo, le vi los platitos de Micky Mouse y de los dibujos que a ella le llaman la atención. Las personas que más influyen en la educación son mis padres, porque con ellos pasamos más tiempo”.* En la misma línea la participante EEUTCHV6 dijo *“Una quiere siempre ser la mejor mamá y buscar lo mejor y trata de hacer eso primero. En la comida, trato de que sea la más saludable, porque no me gustaría que sea muy golosa, pendiente de los dulces... trato de que la comida sea sin sal, sin azúcar, que las verduras, que esas cosas. Y desde ahora trato de enseñarle, le digo los colores, como se llama esto, veo así como que...ya desde chiquita decirle lo que está mal y lo que está bien, nada más. Como modelos, tengo las enseñanzas de mis papás, porque ellos son mi ejemplo y mi hermana, mi hermana porque me gusta como ella les educaba a sus hijos”.*

Por último, ninguna alumna mencionó haber recibido por parte de la Universidad información relacionada con modelos de educación y crianza orientados a fortalecer el vínculo familiar y el apego seguro.

Se pueden extraer algunas conclusiones principales:

- Las alumnas no tuvieron suficiente conocimiento sobre prácticas educativas que fortalecen el vínculo materno filial y el apego seguro.
- Muchas estudiantes no estuvieron preparadas para enfrentarse de manera adecuada al llanto de sus bebés. Algunas alumnas recibieron consejos de educación tradicionalistas orientados a dejar llorar a los bebés.

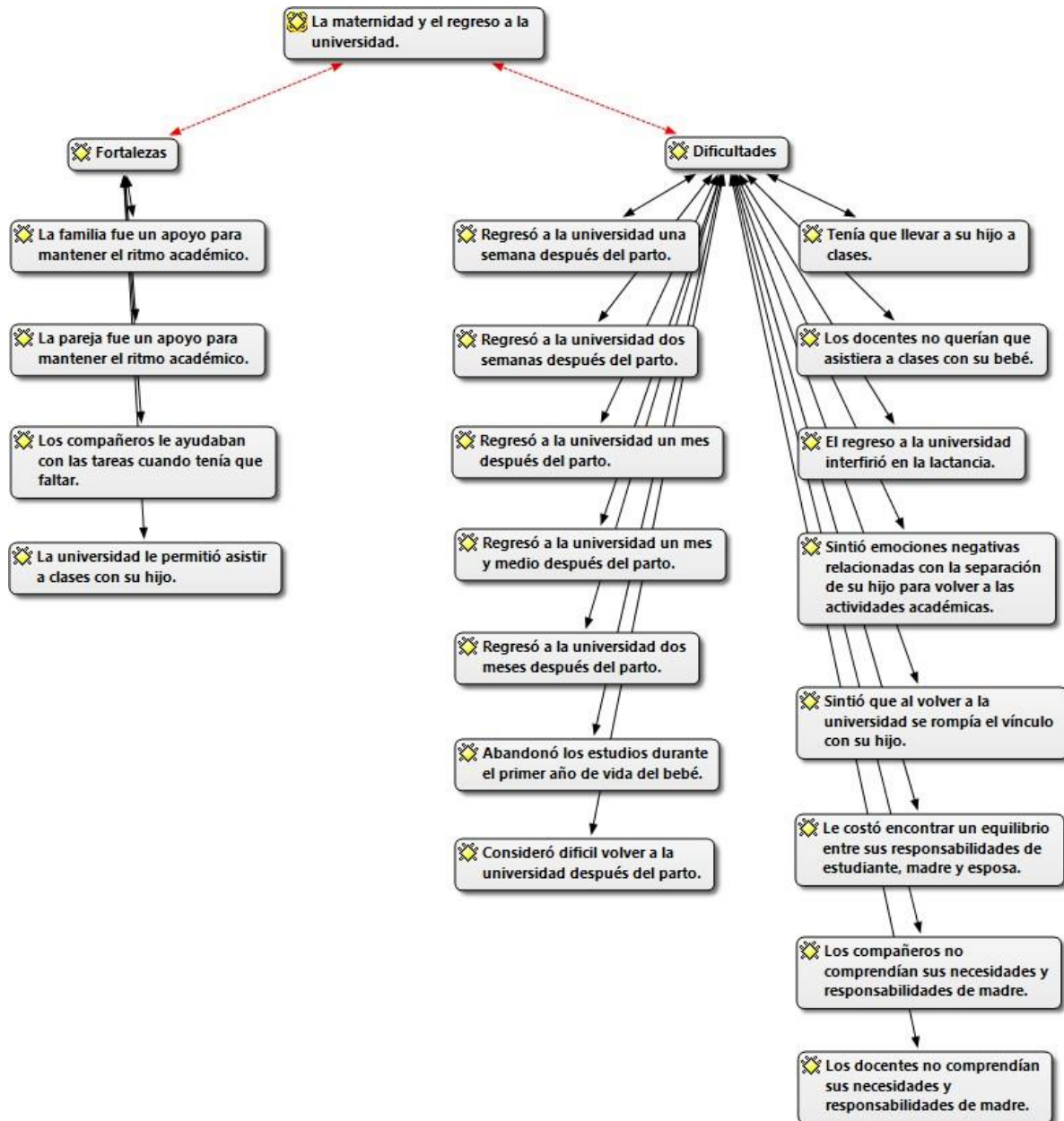
- Casi todas las participantes reportaron haber practicado el colecho, algunas conocían los beneficios de esta práctica, sin embargo ninguna tuvo datos sobre cómo realizarlo de manera segura.
- Todas las estudiantes reflejaron que la separación de sus hijos para regresar a la universidad fue vivida con angustia, incertidumbre y preocupación.
- Algunas informantes mencionaron estrés al enfrentar las enfermedades de sus hijos.
- Solo una alumna mencionó haber compartido la responsabilidad de la crianza y educación de su hijo, con su pareja.
- La mayor parte de las estudiantes dijo que toma como referencia de educación y crianza a sus padres y familiares. Los beneficios de dicha influencia pueden ser puestos en duda debido a las condiciones socioculturales del Ecuador, que en muchos casos orientan hacia modelos de educación violentos y punitivos. Además se percibe una carencia total de trabajo por parte de la UTC para orientar a las estudiantes hacia modelos de crianza y educación positivos.

4.3.2.9 Compatibilizar la maternidad con el regreso a la universidad.

En este apartado se intentó observar cómo fue para las participantes compatibilizar el estudio en la universidad con la maternidad.

Ilustración 24

La maternidad y el regreso a la universidad.



Nota. Atlas.ti - Elaborado por: Agnese Bosisio/Investigadora.

Tabla 30

Listado de códigos: La maternidad y el regreso a la universidad.

| Unidad temática | Conceptos primarios | Conceptos secundarios |
|-----------------|---------------------|---|
| | Fortalezas | <p>La familia fue un apoyo para mantener el ritmo académico.</p> <p>La pareja fue un apoyo para mantener el ritmo académico.</p> <p>Los compañeros le ayudaban con las tareas cuando tenía que faltar.</p> <p>La universidad le permitió asistir a clases con su hijo.</p> |
| | Dificultades | <p>Regresó a la universidad una semana después del parto.</p> <p>Regresó a la universidad dos semanas después del parto.</p> <p>Regresó a la universidad un mes después del parto.</p> <p>Regresó a la universidad un mes y medio después del parto.</p> <p>Regresó a la universidad dos meses después del parto.</p> <p>Consideró difícil volver a la universidad después del parto.</p> <p>Tenía que llevar a su hijo a clases.</p> <p>Los docentes no querían que asistiera a clases con su bebé.</p> <p>El regreso a clases interfirió en la lactancia.</p> <p>Sintió emociones negativas relacionadas con la separación de su hijo para volver a las actividades académicas.</p> <p>Sintió que al volver a la universidad se rompía el vínculo con su hijo.</p> <p>Le costó encontrar un equilibrio entre sus responsabilidades de estudiante, madre y esposa.</p> <p>Los compañeros no comprendían sus necesidades y responsabilidades de madre.</p> <p>Los docentes no comprendían sus necesidades y responsabilidades de madre.</p> |

Nota. Agnese Bosisio/Investigadora.

Se consultó a las participantes a la historia de vida cómo habían vivido el regreso a la vida universitaria después de haberse convertido en madres y cómo había sido compatibilizar la maternidad con las responsabilidades estudiantiles.

En el numeral anterior se mencionaron los comentarios de varias alumnas que recordaron emociones negativas relacionadas con la separación de sus hijos para retomar las clases en la universidad. En este sentido, la estudiante EEUTCHV2 dijo *“volver a la Universidad fue feo, porque yo había planificado pasar tres semanas junto a mi hija antes de regresar a la U, pero no fue así porque nos adelantaron una semana, entonces yo solo tuve permiso de aquí por*

quince días; tuve una semana de reposo, y a una semana de lo que mis compañeros habían entrado a clase ya me tocó volver a la U. Fue feo de separarme de mi hija, porque era tan pequeñita para que yo le venga dejando”. Asimismo, la informante EEUTCGF1 dijo que el regreso a la universidad había perjudicado el vínculo con su bebé: “Pero si fue como que corté un hilo con ella al momento de venir acá a la universidad y al hacer mi vida normal, en la universidad ya no era mamá, tenía que ser estudiante acá y luego llegar a la casa, darle de comer y todo eso, si siento que se cortó un vínculo entre ella y yo”.

Varias alumnas plantearon que el regreso a la universidad afectó el proceso de lactancia materna. La misma informante EEUTCGF1 mencionó “Fue difícil el dejarla porque ya tenía esa conexión madre e hija, la parte de la lactancia, tenía que dejarme sacando la leche y aparte darle fórmula, se llenaba leche, tenía los pezones agrietados”. De manera parecida la participante EEUTCGF6 relató “Sí se me hizo difícil porque al momento de que estaba lactando mi nena yo tenía bastante leche, pero al momento de que ya venía acá a clases, como ella no tomaba seguido el seno, entonces se iba menorando la leche, creo que le di alrededor de un mes, ahora tiene cuatro meses, pero le tengo que complementar con fórmula, ya no quiere coger mi seno porque la mayoría de veces pasa con el biberón”. En la misma línea la estudiante EEUTCGF9 dijo “Y eso si influyó porque mi pequeñito se quedó de apenas 8 días de nacido y era muy fuerte porque y no lo disfrute como a mi primera hija, con ella yo pasé casi hasta los seis meses, y si es duro porque hay que tratar de dejar sacándose toda la leche que se puede y más, mi pequeñito es gordito, come mucho, me tocó obligatoriamente darle fórmula y papillas”.

Llama la atención como por políticas institucionales las estudiantes cuando dan a luz tienen un periodo de permiso de 8 días si el parto es vaginal y de 15 días si el parto es por cesárea, un tiempo totalmente insuficiente para que las madres se recuperen físicamente e instauren un proceso estable de lactancia, sin contar la afectación que esto puede generar en el plano del apego materno filial. En este sentido dos estudiantes plantearon que regresaron a la universidad una semana después del parto, la alumna EEUTCGF2 dijo “En mi caso yo

regresé a los 8 días, tuve que ingresar a la universidad porque la verdad no quería perder el semestre y si fue un proceso difícil porque la lactancia a mi si me perjudicó bastante y aparte de estar en la universidad, cuando ya regresé, era entrega de productos, de las notas, entonces estaba en todo ese proceso de 8 días de haber dado a luz, que me tenía que cuidar, la lactancia, los pezones, no podía dormir bien, no entendía o sea aún no tenía esa conexión con mi bebé, entonces ella no dormía, se despertaba a cada rato, lloraba, yo todavía no tenía ese instinto de mamá porque recién eran 8 días, y para mi si fue difícil ese proceso de estar entre la universidad, o sea cumplir mi responsabilidad como universitaria y como estudiante y cumplir mi rol de mamá”.

Una informante dijo que regresó a la universidad dos semanas después del parto “*tuve que regresar una semana después del inicio de clases (15 días después de haber dado a luz) ya que los docentes ya tenían varias notas y los docentes no querían que se incluyan en grupos las personas que no estaban en clases, empecé a perder muchas notas entonces tuve que incorporarme a clases antes”* (EEUTCGF6).

La participante EEUTCGF10 expresó “*En mi caso si fue difícil porque Bienestar Estudiantil dice: ‘si usted tiene un parto normal tienen una semana, pero si tiene cesárea tiene 15 días’. Yo tuve parto normal y les decía ‘pero en una semana no me voy a recuperar, necesito al menos un mes’ y ellos me decían ‘nosotros le damos una semana y si no viene ya debe hablarse con los docentes’. Hay algunos docentes que entienden, pero el docente con el que tuve complicaciones decía ‘aquí solo es una semana y usted tiene que asistir a clases’. Sin embargo, tanto luchar, logré cumplir un mes de dieta, y de ahí pude regresar”.*

La alumna EEUTCGF5 se quejó “*Creo que la Dirección de Bienestar Estudiantil nos considera 8 días o 15 días, de acuerdo al parto, y no me parece que nosotros no podamos pasar ese tiempo necesario con nuestros bebés”.*

Otras alumnas pudieron pasar dos meses con sus bebés porque el parto coincidió con las vacaciones universitarias, mientras que una participante tuvo que abandonar por un año los estudios universitarios para después retomarlos.

La mayor parte de las estudiantes manifestaron que sus familias fueron un apoyo importante para mantener el ritmo académico:

La informante EEUTCHV1 mencionó *“Si, si me ayudaron. Si no hubiese sido por mis tías... yo por eso siempre le digo a mi hija: “si no fuese por tus tías, no habiéramos llegado hasta donde estamos”, porque siempre, si no era donde la una: ‘Deme haciendo quedar...’ Si no ha sido donde la otra, de un lado al otro y siempre me han ayudado siempre, siempre mis tías”*. Se evidencia que no tuvo personas fijas para dejarles al cuidado de su hija y que sus familiares se turnaban para ayudarle en este sentido.

En el caso de la alumna EEUTCHV2 su familia vivía en una ciudad diferente a Latacunga (donde se encuentra la U.T.C.), razón por la cual una hermana se mudó con ella para ayudarla a cuidar al bebé *“Estudiaba desde las nueve hasta las seis de la tarde, y ella se quedó con mi hermana, porque ella estaba de vacaciones. Mi mamá la mandó acá, donde mi prima, donde yo vivía antes. Mi hermana me la traía acá para darle el seno, de ahí se la llevaba, entonces yo tenía bastante dificultad con esto porque ni me recuperé bien y a los quince días ya tuve que volver...”*.

Otras alumnas mencionaron que mientras estudiaban sus esposos se quedaban al cuidado de los niños *“Para mantener el ritmo académico ahí ya entra el apoyo de mi suegra, de mi mamá, el apoyo de mi pareja. Él estudiaba igual en la mañana, como yo, pero él decidió cambiarse a la tarde para poder quedarse con la niña mientras yo venía a la universidad, y ya cuando yo llegaba, él se iba a clases. Tuve el apoyo económico de mi madre, igual cuando ya llegaba mi madre de trabajar, hasta que yo estudie, haga deberes, ella se quedaba con la niña. Lo mismo de mi suegra, también me ha apoyado, si algo tengo que hacer en la*

universidad, ella se queda con la niña. Entonces sí, he tenido el apoyo de parte de su familia y de la mía también” (EEUTCHV7).

Algunas estudiantes mencionaron que sus compañeros de la universidad fueron un apoyo importante para mantener el ritmo académico *“Mis amigas de la U siempre me acompañaron, ellas siempre fueron para mí el apoyo, siempre me ayudaron en la universidad, mis amigos, y no solo los de mi clase, pues yo tenía amigos de otras materias y siempre me estuvieron apoyando”* (EEUTCHV5). Sin embargo otras estudiantes plantearon una falta de comprensión de los compañeros hacia sus necesidades y responsabilidades como madres *“y a veces los compañeros no se ponen en nuestros zapatos porque dicen ‘si no vienes, sales del grupo’ es una presión muy fuerte, creo que las personas que ya son mamás se van a poner en nuestros zapatos pero hay otros que no comprenden es como que ‘ya porque eres mamá, eres una dejada, tantas mentiras por tus hijos’ es un complot, no tenemos privilegios por ser mamás”* (EEUTC9).

Algunas estudiantes plantearon que asistían a clases con sus hijos, la alumna EEUTCHV9 dijo *“tenía que llevarle conmigo a clases, tuve que buscar quien lo cuide, entonces era una preocupación estar en clases y pensar en él, en que si estará bien, si estará comiendo, y cuando lo traía a clases, también era una preocupación, porque a veces se molestaba, a veces interrumpía las clases, durante ese tiempo, sí era constante preocupación, era como que yo estuviera en dos lugares... tendría que estar en dos lugares al mismo tiempo”,* la alumna manifiesta que la presencia en clases de su hijo no le permitía tener una buena concentración. La informante EEUTC9 expresó *“hay docentes que comprenden la situación, dicen “es verdad, es estudiante, es madre de familia, quiere superarse, no hay ningún problema le apoyaremos”, pero hay otros docentes que dicen ‘esto no es guardería”*.

Algunas estudiantes plantearon la dificultad de encontrar un equilibrio entre los roles de madres, esposas y estudiantes. Es así que la alumna EEUTC9 dijo *“También para mí fue difícil porque mi bebé tenía un año y yo lo traía a la universidad, entonces el ser estudiante,*

el ser mamá, el ser esposa, es muy complicado porque son tres roles que uno tiene que cumplir, tiene que ser responsable en los tres roles, porque si uno de los tres no se cumple bien, los dos fallan de igual manera. Si es verdad que para nosotras como estudiantes universitarias es difícil el ser mamá, el ser esposa, el tener la responsabilidad de la casa, el tener la responsabilidad de los hijos y muchas de las veces el tener la responsabilidad del esposo". Y en la misma línea la participante EEUTCGF9 expresó "A veces es fuerte porque cumplir los tres roles de estudiante, madre y esposa es difícil".

En conclusión, se puede observar que las estudiantes hacen todo el esfuerzo para mantener sus responsabilidades académicas en equilibrio con sus vidas personales de madres y esposas, sin embargo:

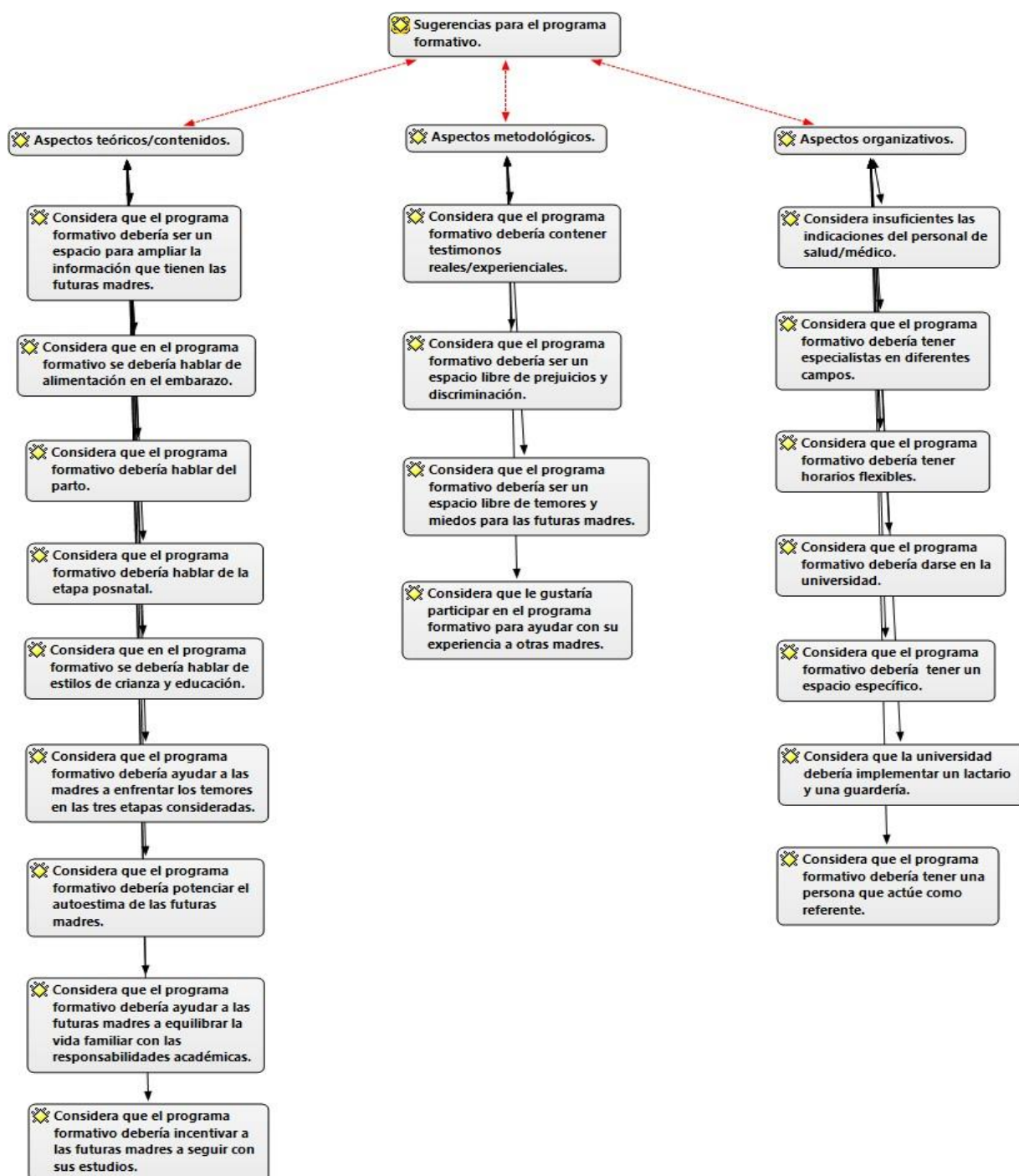
- Las políticas institucionales de la UTC les exigen volver a la universidad en un tiempo demasiado corto después del parto, que no les permite recuperarse físicamente, instaurar adecuadamente la lactancia y el vínculo materno filial.
- Algunas alumnas cuentan con el apoyo de sus familias y parejas para cuidar de sus hijos mientras van a la universidad. Otras se debaten en la preocupación de no tener un lugar seguro para dejar a sus hijos o deben asistir a la universidad con ellos, en los dos casos se afecta el proceso académico y la concentración.
- Existe una falta de sensibilidad en la comunidad universitaria acerca de las necesidades especiales de aprendizaje de las estudiantes madres.

4.3.2.10 Sugerencias de las participantes para la construcción del programa formativo.

En este apartado se consultó a las participantes sobre cuáles serían sus sugerencias para el desarrollo del programa formativo para la educación prenatal, para el parto y posnatal.

Ilustración 25

Sugerencias de las estudiantes para el programa formativo.



Nota. Atlas.ti - Elaborado por: Agnese Bosisio/Investigadora.

Tabla 31

Listado de códigos: Sugerencias para el programa formativo.

| Unidad temática | Conceptos primarios | Conceptos secundarios |
|------------------------|-----------------------------|--|
| | Aspectos teóricos/contenido | <p>Considera que el programa formativo debería ser un espacio para ampliar la información que tienen las futuras madres.</p> <p>Considera que el programa formativo se debería hablar de alimentación en el embarazo.</p> <p>Considera que el programa formativo debería hablar del parto.</p> <p>Considera que el programa formativo debería hablar de la etapa posnatal.</p> <p>Considera que el programa formativo debería hablar de estilos de crianza y educación.</p> <p>Considera que el programa formativo debería ayudar a las madres a enfrentar los temores en las tres etapas consideradas.</p> <p>Considera que el programa formativo debería potenciar el autoestima de las futuras madres.</p> <p>Considera que el programa formativo debería ayudar a las futuras madres a equilibrar la vida familiar con las responsabilidades académicas.</p> <p>Considera que el programa formativo debería incentivar a las futuras madres a seguir con sus estudios.</p> |
| | Aspectos metodológicos. | <p>Considera que el programa formativo debería contener testimonios reales/experienciales.</p> <p>Considera que el programa formativo debería ser un espacio libre de prejuicios y discriminación.</p> <p>Considera que el programa formativo debería ser un espacio libre de temores y miedos para las futuras madres.</p> <p>Considera que le gustaría participar en el programa formativo para ayudar con su experiencia a otras madres.</p> |
| | Aspectos organizativos. | <p>Considera insuficientes las indicaciones del personal de salud/médico.</p> <p>Considera que el programa formativo debería tener especialistas en diferentes campos.</p> <p>Considera que el programa formativo debería tener horarios flexibles.</p> <p>Considera que el programa formativo debería darse en la universidad.</p> <p>Considera que el programa formativo debería tener un espacio físico específico.</p> <p>Considera que el programa formativo debería tener una persona que actúe como referente.</p> <p>Considera que la universidad debería implementar un lactario y una guardería.</p> |

Nota. Agnese Bosisio/Investigadora.

Finalmente, se les pidió a las alumnas que emitieran su punto de vista sobre la necesidad de un programa formativo para la etapa prenatal y posnatal para las estudiantes universitarias y sus características. Todas las participantes están de acuerdo en la necesidad de generar un espacio de formación para las madres en esta etapa, dentro de la institución de educación superior, y aportan algunas consideraciones valiosas de los elementos que deberían tomarse en cuenta, en la red semántica se los dividió en consideraciones de contenido, metodológicas y organizativas.

Así pues, la alumna EEUTCGF8 consideró que: *“La Universidad debe crear un espacio físico donde se puedan reunir las chicas que estén en ese proceso, que haya un médico, un psicólogo, que les de ayuda, capacitación, les aconseje, les prepare para todos los aspectos que se van a venir durante el parto y después del parto, porque son muchos cambios, no solamente físicos, sino también psicológicos, de humor y todo eso. Igual que nos den indicaciones sobre la alimentación, a veces algunas mamitas sufren de desnutrición, otras de sobrepeso. Entonces si sería bueno tener un espacio para todo eso”*.

En la misma línea anterior, la alumna EEUTCGF2 dice: *“Yo creo que el elemento principal sería que haya un espacio específico en el que todas las que estamos por ser mamás o somos mamás podamos asistir pero sin miedo o temor, o sea así libremente como algo normal de poder ir a preguntar a una persona que nos pueda instruir, nos pueda dar información y con toda la naturalidad del mundo, o sea no que nos sintamos como que nos van a hablar, o como ya hemos mencionado, nos vamos a sentir mal por una mirada de discriminación o alguna palabra que no nos haya gustado, sino que sea lo más natural que nosotros podamos asistir, preguntar, y nos brinden información tanto prenatal como posnatal, porque al inicio cuando uno se entera, uno se siente como algo nuevo, algo que uno no sabe, tiene miedo, hasta que como madre tenga el instinto, y después en lo posnatal igual surge ese miedo, porque uno no se sabe si las cosas están bien, si vamos a poder hacer bien las cosas, entonces yo creo que debería existir un espacio y una persona que nos brinde ese apoyo”*. Las dos participantes dejan claro que desde su experiencia, consideran importante

que la UTC brinde posibilidades formación sobre diversos temas y con diferentes modalidades, para aquellas estudiantes que se enfrentan a la maternidad. Así, la primera alumna pone en consideración que se pueda recibir acompañamiento por profesionales de diversas áreas; la segunda alumna pone el énfasis en la necesidad de verse acompañada en todos los temores que surgen con la maternidad, pero en un espacio alejado del prejuicio y la discriminación.

La alumna EEUTCGF1 dice: *“Yo considero que la mejor forma de que la otra persona pueda aprender es con testimonios reales, con la versión de cada una de nosotras, que ha pasado por etapas totalmente diferentes, la una de la otra, pero que son testimonios reales. Yo decía hace un momento lo de los pezones, que la propaganda te dice que desde el primer minuto que tu das de lactar lo disfrutas, no es así, porque a muchas mujeres nos lastima, nos hace pedazos y eso es lo que las mujeres que no han tenido hijos no saben, la verdadera realidad de la lactancia, no saben la verdadera realidad de la cesárea”*. Este testimonio plantea que el programa formativo tenga enfoque de género y valore la experiencia y el conocimiento propio de aquellas alumnas que ya fueron madres, para formar y acompañar a las que están por serlo.

La alumna EEUTCGF3 dice: *“una consulta de un ginecólogo, en una clínica dura alrededor de una media hora o 45 minutos, pero no es lo suficiente, en el sistema público es 20 minutos”*. Dicha estudiante plantea que a pesar de ser un espacio informativo, la consulta médica no satisface las necesidades educativas de las futuras madres. Además, en su experiencia un programa formativo debería no solamente informar, también acompañar, animar a aquellas estudiantes que enfrentan el embarazo, parto y la maternidad. Por esas razones plantea *“se debería incluir algo de autoestima para las madres que somos estudiantes, que somos madres de familia, que somos esposas, porque si es verdad que uno si se tiene al bebé, pero interiormente uno como estudiante, como madre, se siente presión, también sería algo encaminado a la autoestima y esa fuerza a la estudiante para que le eche ganas y salga adelante”*.

En resumen, todas las participantes (incluso en las respuestas que no se reportan en este espacio) consideran importante que desde la academia se genere un espacio de formación y acompañamiento pedagógico para aquellas estudiantes que se convierten en madres. Sus principales sugerencias son las siguientes:

- Que sea un espacio en el cual se pueda recibir formación sobre diferentes aspectos (etapas del embarazo, parto, alimentación de la madre, lactancia materna, cambios físicos y psicológicos etc.).
- Que sea un espacio compartido por profesionales pero también por mujeres que tengan la experiencia de la maternidad.
- Que sea un espacio libre de violencia y discriminación.
- Que no sea solamente un espacio informativo, sino también de acompañamiento educativo.

Además, casi todas las alumnas plantearon, que la UTC debería reabrir el servicio de guardería con el que contaba hace algunos años. En este sentido, poder dejar a sus hijos en un lugar cercano y seguro facilitaría mucho la experiencia de maternidad y lactancia de las estudiantes.

4.4 Entrevista a la Directora de Bienestar Estudiantil de la UTC

En concordancia con los resultados del grupo focal y las declaraciones vertidas por las estudiantes, se consideró necesario contrastar esos datos con la versión de las autoridades de la UTC. Es así como se realizó una entrevista no estructurada a la Directora de Bienestar Estudiantil, en la cual se planteó una sola pregunta: ¿Qué políticas y acciones educativas para la educación prenatal, para el parto y posnatal tiene la Universidad Técnica de Cotopaxi?

La entrevista se realizó el 18 de julio del 2019.

Los principales resultados de esta entrevista establecen que las autoridades de la UTC están plenamente conscientes del fenómeno de los embarazos en estudiantes y están preocupados por las tasas que se han podido registrar en la institución. Es así que están trabajando en un

proyecto de “Planificación Familiar” para la prevención de embarazos, que se concreta en charlas formativas a las alumnas, sobre todo en los primeros periodos de formación universitaria. Además, manifiesta que a través de un convenio con el Ministerio de Salud Pública, se distribuyen de manera gratuita anticonceptivos. Aún no se disponen de datos que puedan establecer si este proyecto significa una reducción real de las tasas de embarazo en estudiantes de la UTC.

La Dirección de Bienestar Estudiantil realiza además algunas acciones en beneficio de las estudiantes que se encuentran en periodo de gestación.

Hasta el 2018, las estudiantes de la UTC contaban con un seguro médico que les garantizaba una ayuda económica de 250 dólares, en caso de gestación. Sin embargo, la aseguradora ha considerado suspender este beneficio para las alumnas. Por esta razón, la Dirección de Bienestar Estudiantil presentó al Honorable Consejo Universitario un proyecto para la inclusión de la misma ayuda económica para estudiantes gestantes, dentro del Reglamento de Becas y Ayudas Económicas institucional. Sin embargo, dicho proyecto aún no ha entrado en vigencia (a la fecha de la entrevista).

La Directora de Bienestar Estudiantil plantea también una preocupación con respecto al reglamento para la tutela de las estudiantes en estado de gestación, y considera que se debería reformular para establecer tiempos claros para los permisos posnatales y coherentes con las necesidades de las estudiantes. De esta forma se evitarían problemas durante su formación académica. No obstante, plantea que al momento no existe un proyecto para dicha modificación. Tampoco se están pensando en adaptaciones curriculares que permitan responder de mejor manera a las necesidades académicas propias de las estudiantes gestantes y madres.

La Dirección de Bienestar Estudiantil está trabajando además en un proyecto para la reapertura de la guardería universitaria que acogería exclusivamente a los hijos de las estudiantes y de las madres trabajadoras de la UTC. El proyecto se presentaría a las máximas

autoridades de la Universidad durante el próximo ciclo académico. El proyecto de creación de la guardería incluye la construcción de un espacio físico adecuado que pueda funcionar como lactario, para que todas las madres universitarias tengan la posibilidad de amamantar o extraerse y conservar de manera adecuada la leche materna.

La Dirección de Bienestar Estudiantil ofrece a las estudiantes embarazadas un control médico por trimestre de embarazo.

En conclusión, no se puede decir que haya indiferencia por parte de las autoridades universitarias con respecto a la maternidad de las estudiantes ya que existen varios beneficios para esta parte del alumnado. Sin embargo, no se ha podido demostrar que la UTC esté realizando en la actualidad actividades orientadas a la educación prenatal, para el parto y posnatal y menos con las características que se han considerado en la parte teórica de esta investigación.

4.5 Resumen de los principales resultados.

A continuación se presenta una tabla con los principales resultados obtenidos por cada dimensión y categoría de análisis.

Tabla 32*Resumen de resultados.*

| DIMENSIONES | CATEGORÍAS | RESULTADOS |
|----------------------|---|---|
| Análisis estadístico | Características de la población. | <p>1. Cada año en la U.T.C. se embarazan dos de cada cien estudiantes.</p> <p>2. Todas las participantes tuvieron al menos un embarazo durante su formación universitaria. Algunas tuvieron más de un embarazo.</p> <p>3. La mayor parte de las participantes se embarazó cuando aún le quedaba más de la mitad de su proceso de formación universitaria.</p> <p>4. La mayor parte de participantes se ubicaron en la etnia mestiza y provenían de ciudades externas a la provincia de Cotopaxi.</p> <p>5. El promedio de tipo de parto estuvo en concordancia con las estadísticas nacionales.</p> |
| Etapa prenatal | Educación prenatal y acompañamiento pedagógico. | <p>6. Ninguna de las estudiantes participantes en este estudio recibió educación prenatal o acompañamiento pedagógico para la maternidad, por algún miembro relacionado con la Universidad Técnica de Cotopaxi.</p> <p>7. Solamente una estudiante participó en un programa de educación prenatal en una casa de salud.</p> <p>8. Todas las participantes recibieron información y acompañamiento por parte de figuras femeninas de su entorno familiar, las mismas que ofrecieron conocimientos empíricos basados en sus propias experiencias de maternidad.</p> |
| | Cuidados físicos durante el embarazo. | <p>9. Las estudiantes no recibieron una formación suficiente sobre los cuidados físicos necesarios para llevar un embarazo sano. La información sobre la alimentación resulta ser bastante parcializada y el resto de los aspectos casi pasan desapercibidos durante los relatos.</p> <p>10. La escasa información que las alumnas recibieron sobre cuidados físicos para llevar un embarazo sano fue a través de su familia y personal de salud, pero no hay evidencia de que la universidad esté jugando un papel formativo al respecto.</p> |

| | | |
|--|---|---|
| Cuidados emocionales durante el embarazo. | <p>11. Las alumnas recibieron escasa, casi nula, información sobre la importancia de la regulación emocional durante la gestación.</p> <p>12. Todas las informantes mencionaron que el descubrimiento de estar embarazadas vino acompañado de emociones negativas como miedo, preocupación, tristeza, soledad; lo que las llevó en ocasiones a llorar, intentar ocultar sus embarazos, pensar en abortar, sufrir insomnio etc.</p> <p>13. Los recuerdos positivos que las alumnas tienen del embarazo se asocian con: sentir los movimientos del bebé en el vientre, escuchar los latidos del corazón, ver al bebé en las ecografías, pasar el tiempo imaginando al bebé y hablando con él, poder llevarlo a todos lados. Además varias alumnas recuerdan que en esa etapa algunas personas les demostraron cariño con una atención especial.</p> <p>14. Las alumnas recuerdan aspectos negativos del embarazo como emociones de tristeza, miedo, vergüenza, preocupación, rechazo, ansiedad, limitaciones físicas, limitaciones económicas, violencia física, violencia psicológica.</p> | |
| Relación con el bebé intrauterino. | <p>15. Ninguna participante mencionó haber recibido información sobre como cultivar la relación con el bebé intrauterino.</p> <p>16. Algunas alumnas mencionaron que hablaban con sus bebés, les ponían música, se acariciaban el vientre.</p> | |
| Compatibilizar el embarazo y la universidad. | <p>17. El embarazo influye de manera directa en el desempeño académico de las estudiantes que lo experimentan, y esto se ve reflejado en un mayor cansancio físico, en un choque entre las responsabilidades familiares y académicas, en la necesidad económica y en el tener que renunciar a algunos aspectos de la vida universitaria.</p> <p>18. El contexto universitario es parte fundamental de la vida social de una estudiante e incide en la experiencia de gestación de las estudiantes. Las alumnas que se convierten en madres son víctimas de discriminación por parte de sus compañeros y por parte de los docentes. Es claro que el contexto universitario está cargado de valores y de prejuicios, que en ocasiones afectan las susceptibilidades de las estudiantes gestantes.</p> | |
| Parto | El parto. | <p>19. En muchos casos las alumnas no contaron con la información suficiente que les permitiera participar activamente en el proceso del parto y hacer valer los derechos suyos y de sus hijos.</p> <p>20. A pesar de que en algunos casos la atención del personal de salud fue respetuosa, en otros casos las estudiantes sufrieron violencia física y psicológica durante el proceso de parto.</p> <p>21. No existe uniformidad de prácticas en el sistema de salud para la atención de los partos, todo depende del accionar de cada institución e individuo. Solo el conocimiento propio de la madre puede garantizar un proceso de nacimiento respetado y empoderado.</p> |

| | | |
|----------------|--|---|
| | | 22. Resulta impactante la soledad que se lee en muchos relatos, la total falta de participación en los procesos de las parejas, la sobrecarga de responsabilidad que recae en las alumnas madres, que conduce en ocasiones a estados de ánimo depresivos. |
| Etapa posnatal | La lactancia. | <p>23. Muchas estudiantes tienen conocimiento acerca de los beneficios que tiene la lactancia para el desarrollo físico del bebé. Sin embargo, no mencionan tener conocimiento sobre los beneficios que tiene en el desarrollo psico-afectivo.</p> <p>24. Se puede evidenciar que les hace falta conocimiento sobre prácticas para instaurar y fomentar un proceso de lactancia exitoso.</p> <p>25. Muchas parecen no dar demasiada importancia a la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de edad y complementaria hasta los dos años del niño.</p> <p>26. En varios casos, el regreso a las actividades académicas en la Universidad obstruyó el proceso de lactancia.</p> <p>28. No se menciona que las alumnas pudieran extraerse y conservar la leche, como técnica para fomentar la producción de leche y evitar el consumo de alimentos artificiales por parte de los bebés.</p> |
| | Modelos y estilos de crianza. | <p>29. Las alumnas no tuvieron suficiente conocimiento y educación sobre prácticas educativas que fortalecen el vínculo materno filial y el apego seguro.</p> <p>30. Muchas estudiantes no estuvieron preparadas para enfrentarse de manera adecuada al llanto de sus bebés. Algunas alumnas recibieron consejos de educación tradicionalistas orientados a dejar llorar a los bebés.</p> <p>31. Casi todas las participantes reportaron haber practicado el colecho, algunas conocían los beneficios de esta práctica, sin embargo ninguna tuvo datos sobre cómo realizarlo de manera segura.</p> <p>32. Varias informantes mencionaron estrés al enfrentar las enfermedades de sus hijos.</p> <p>33. Solo una alumna mencionó haber compartido la responsabilidad de la crianza y educación de su hijo, con su pareja.</p> <p>34. La mayor parte de las estudiantes dijo que toma como referencia de educación y crianza a sus padres y familiares.</p> |
| | Compatibilizar la maternidad y el estudio en la universidad. | 35. Varias estudiantes reflejaron que la separación de sus hijos para regresar a la universidad fue vivida con angustia, incertidumbre y preocupación. |

| | |
|-----------------|--|
| | <p>36. Algunas alumnas cuentan con el apoyo de sus familias y parejas para cuidar de sus hijos mientras van a la universidad. Otras se debaten en la preocupación de no tener un lugar seguro para dejar a sus hijos o deben asistir a la universidad con ellos, en los dos casos se afecta el proceso académico y la concentración.</p> |
| Las tres etapas | <p>Sugerencias para el programa formativo.</p> <p>37. Las políticas institucionales les exigen volver a la universidad en un tiempo demasiado corto después del parto, que no les permite recuperarse físicamente, instaurar adecuadamente la lactancia y el vínculo materno filial.</p> <p>38. La U.T.C. no cuenta con adaptaciones curriculares que respondan a las necesidades de aprendizaje y formación académica propias de las estudiantes gestantes y madres.</p> <p>39. Todas las participantes consideran importante que desde la academia se genere un espacio de formación y acompañamiento pedagógico para aquellas estudiantes que se convierten en madres, sus principales sugerencias son: que sea un espacio en el que se pueda recibir formación sobre diferentes aspectos (etapas del embarazo, parto, alimentación de la madre, lactancia materna, cambios físicos y psicológicos etc.), que sea un espacio compartido por profesionales pero también por mujeres que tengan la experiencia de la maternidad, que sea un espacio libre de violencia y discriminación, que no sea solamente un espacio informativo, sino también de acompañamiento educativo.</p> <p>40. Además, casi todas las alumnas plantearon, que la U.T.C. debería re-aperturar el servicio de guardería con el que contaba hace algunos años, puesto que poder dejar a sus hijos en un lugar cercano y seguro, facilitaría mucho la experiencia de maternidad y lactancia de las estudiantes.</p> <p>41. Los docentes deben ser capacitados sobre derechos sexuales y reproductivos de los estudiantes, así como sobre cómo enfrentar el embarazo de las alumnas, para prevenir tratos discriminatorios.</p> <p>42. La Universidad Técnica de Cotopaxi no ha realizado acciones encaminadas a la formación de sus estudiantes en la etapa prenatal, para el parto y posnatal.</p> |

Nota. Agnese Bosisio/Investigadora

4.6 Discusión de resultados.

En el capítulo 1 de esta investigación doctoral se hizo un recorrido histórico de la educación formal. Se pudo evidenciar que las instituciones educativas formales nunca consideraron a las mujeres gestantes y a los niños intrauterinos como posibles sujetos de formación. La Universidad Técnica de Cotopaxi no ha sido la excepción, puesto que a pesar de que sus autoridades han demostrado gran preocupación por el fenómeno de embarazos en estudiantes, han trabajado en la prevención, en contribuciones económicas y en generar una guardería y un lactario. Pero hasta el momento no han instaurado políticas formativas de educación prenatal, para el parto y posnatal.

En el capítulo 2 de esta tesis se hizo una revisión de la bibliografía científica existente sobre programas de educación prenatal. Se llegó a la conclusión que en la mayoría de casos, estos se desarrollan en instituciones relacionadas con el cuidado de la salud y tienen un carácter mayormente informativo y carecen de fundamento pedagógico, lo cual no conduce a procesos de educación integral.

En el caso de las participantes de esta investigación, todas manifestaron haber recibido información sobre el embarazo, el parto y la fase posnatal de sus médicos y otros personajes relacionados con el ámbito médico. De las participantes al diagnóstico solamente una mujer planteó haber participado en actividades de educación prenatal. Sin embargo, hay que mencionar en este punto que en Ecuador, el Ministerio de Salud (2015), ha establecido una norma técnica de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud que brinden atención materna y neonatal, según la cual las mujeres deberían recibir al menos seis sesiones de educación prenatal para la preparación integral teórica, física y psico-afectiva de la madre y de su pareja. Evidentemente esta normativa no está en ejecución.

En cuanto se refiere a un acompañamiento con carácter pedagógico, se puede observar que en la mayor parte de casos este rol fue desempeñado por figuras femeninas del entorno familiar. Los resultados reflejan algo parecido a lo descrito por Prado (1894) quien estudiando procesos de medicina ancestral en México menciona que:

Los cuidados y atenciones que se requieren al momento del parto y la importancia que ello tiene en la vida futura de la madre y el niño, explica por qué en estos eventos se prefiere la ayuda de una partera de la comunidad a un médico, extraño a la cultura. El parto siempre se realiza en la casa de la parturienta, pues ello proporciona una gran confianza a la mujer sabiéndose rodeada de sus familiares. Su parto es un asunto más dentro de la vida de la numerosa familia (p.119).

En el testimonio de las estudiantes se puede ver como el embarazo, el parto y la crianza, son aspectos profundamente ligados a la familia y a la mujer. Si bien este resultado puede ser considerado como positivo, porque la mayor parte de las alumnas contaron con el apoyo de sus familias durante todo el proceso, también se pudo observar que el conocimiento que tuvieron a disposición durante las etapas del embarazo, parto y extero-gestación, fue bastante empírico y, en muchos casos, careció de fundamento científico.

Un ejemplo de lo mencionado se refleja en la información que las estudiantes tenían sobre los principales cuidados físicos que la gestante debería tener para llevar un embarazo sano. En el capítulo 3 de la presente investigación, de acuerdo a la bibliografía consultada, se consideró que los principales cuidados del cuerpo deberían ser: un número mínimo de tres controles médicos, una alimentación adecuada, adecuadas prácticas de higiene personal, actividades físicas acordes al estado, ejercicios de respiración.

Cuando se les consultó a las estudiantes sobre el conocimiento que tenían sobre estos aspectos, casi todas las respuestas se enfocaron únicamente en el tema de la alimentación. Sin embargo, se observó que los consejos recibidos estuvieron orientados a comer en más cantidad o con mayor frecuencia, más no a tener una atención sobre el aporte nutricional de cada uno de los alimentos ingeridos. Al respecto Bujaco, Del Pilar y Quintana (2014) manifiestan que existen muchos errores y mitos alrededor del tema de la alimentación durante el embarazo, errores que pueden conducir a “problemas de prematuridad y morbilidad neonatal, y la obesidad también puede resultar peligrosa para la salud del futuro bebé” (p. 153).

Se abordó con las estudiantes participantes el tema de los cuidados emocionales durante el embarazo. El silencio presentado por las participantes acerca de la educación para la regulación emocional puede ser interpretado de dos formas: la primera, más evidente, es que no recibieron información al respecto; la segunda, menos obvia, podría sugerirse que las estudiantes no consideraron relevante hablar de cuidados emocionales durante el embarazo. Ambas conclusiones evidencian un gran vacío de acuerdo al enfoque que orienta esta investigación, según el cual, la regulación emocional de la madre durante la gestación es de gran importancia.

Melendo (2011), quien propone un programa formativo para trabajar las emociones de las madres y sus parejas durante el embarazo, clasifica las emociones entre positivas y negativas y cita estudios realizados en primera instancia sobre animales y luego sobre personas, que permiten afirmar que las emociones negativas de la madre tienen efectos sobre el desarrollo emocional del niño. Además este estudio aclara que las emociones se aprenden y que el niño inicia a almacenar experiencias en su memoria desde la vida intrauterina.

Tanto en el grupo focal, como en las historias de vida, se pudo observar que el descubrimiento de estar embarazadas, trajo en las estudiantes participantes emociones como el miedo, la preocupación, la incertidumbre, la vergüenza etc.

Luego, indagando en los recuerdos que las alumnas tenían de su embarazo, se pudo verificar que fueron almacenando emociones negativas relacionadas con el rechazo por parte de sus familias y de sus parejas y la discriminación en el contexto universitario. En algunos casos la situación fue más grave porque las alumnas sufrieron violencia psicológica y/o física.

También se pudo observar que, pese a las adversidades, el desarrollo del bebé intrauterino iba generando emociones positivas en las futuras madres. Algunas plantearon que intentaron establecer una relación con sus hijos desde el vientre materno a través de caricias, hablarle, hacerle escuchar música. Pero al mismo tiempo, ninguna planteó haber recibido información sobre la posibilidad de ir alimentando las habilidades sociales del bebé desde la vida intrauterina, permitiendo que este forme parte de una comunidad social desde los primeros momentos de su existencia en el vientre materno, como lo manifiesta en su estudio Kornas-Biela (2014).

Varias alumnas plantearon un alternarse de emociones positivas y negativas y la dificultad de hallar un equilibrio interno.

Continuando con el análisis de los resultados obtenidos se pudo observar que el embarazo influye de manera directa en el desempeño académico de las estudiantes que lo experimentan. Los efectos se perciben en un mayor cansancio físico, choques entre las responsabilidades familiares y académicas, en la necesidad económica y en el tener que renunciar a algunos aspectos de la vida universitaria. En orden con estas ideas, Delahaye (2008) y Sánchez (2007) plantean que, desde los primeros días en que se produce la fecundación del óvulo y por lo tanto

la concepción, una mujer puede experimentar: hinchazón de los senos, pequeñas pérdidas de sangre, náuseas, irritabilidad, fatiga y cansancio.

Esas respuestas son coherentes con un estudio realizado en América Latina sobre la maternidad en contextos vulnerables, que plantea:

Se ha establecido que la condición de mayor vulnerabilidad social se asocia a mayores niveles de estrés y ansiedad de la madre antes y durante el embarazo y, como consecuencia: mayor incidencia de prematuridad, bajo peso al nacer, destete precoz, deficiente calidad del cuidado del niño, mayores tasas de rezago, retraso del desarrollo infantil, déficit atencional e hiperactividad, problemas del lenguaje, depresión y deficiente competencia social en el comportamiento del individuo para toda la vida (Borrero, 2002, p. 914).

Además Delahaye (2008) manifestaba que la situación socio-económica de la madre, puede constituir un factor de riesgo para el embarazo. En relación con esto, en la investigación se pudo observar que el contexto universitario es parte fundamental de la vida social de una estudiante e incide en la experiencia de gestación de las estudiantes. Las alumnas que se convierten en madres son víctimas de discriminación por parte de sus compañeros y por parte de los docentes. El contexto universitario está cargado de valores y de prejuicios, que en ocasiones afectan las susceptibilidades de las estudiantes gestantes.

Estos prejuicios nombrados pueden derivarse de la consideración que Ecuador es el tercer país de la región con el índice más alto de embarazos en adolescentes. El Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) indicó que en el 2014, un estudio reveló que el 49,3% de los nacidos, tuvo una madre adolescente (entre los 10 y los 19 años), cifras que demuestran que en Ecuador, de cada 100 adolescentes, 12 se convierten en madres. La edad promedio de ingreso

a la universidad en Ecuador es de 18 años, lo que significa que aún abarca a la población adolescente.

También se nota una necesidad de socialización con los docentes de temas como el respeto de los derechos humanos en el marco de la salud sexual y salud reproductiva.

Como se observa, tanto la experiencia universitaria incide en la gestación de las alumnas, cómo el embarazo influye en el desempeño académico de las estudiantes. Son dos experiencias que tienen gran relevancia en la vida de las participantes a este estudio y que al desarrollarse de manera paralela, se interrelacionan de manera profunda.

Frente a esto se plantea que la Institución debería considerar el estado de gestación como una situación de vulnerabilidad. En consecuencia, hay que establecer protocolos propios para responder a las necesidades formativas específicas de las estudiantes embarazadas. De esta manera, además de garantizar la permanencia y titulación de las alumnas embarazadas, también velar sobre el desarrollo integral de ellas como estudiantes y como futuras madres.

Muñoz et al. (2013), citando a Pizarro 2001, plantean que la vulnerabilidad es:

La inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades, familias e individuos en sus condiciones de vida como consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento económico social de carácter traumático" y, por otra, "el manejo de recursos y las estrategias que utilizan las comunidades, familias y personas para enfrentar los efectos de ese evento (p. 914).

En este sentido, se justifica la vulnerabilidad de la comunidad de estudiantes embarazadas, puesto que en la actualidad se observa que se encuentran en la indefensión, experimentan un

cambio traumático en sus vidas y deben manejar los escasos recursos económicos que tienen para sobrellevar el embarazo sin perjudicar su carrera universitaria.

Algo parecido sucede con las estudiantes al momento en que se convierten en madres, puesto que se pudo visibilizar resultados importantes entorno a que varias estudiantes reflejaron que la separación de sus hijos para regresar a la universidad fue vivida con angustia, incertidumbre y preocupación. Algunas alumnas cuentan con el apoyo de sus familias y parejas para cuidar de sus hijos mientras van a la universidad. Otras se debaten en la preocupación de no tener un lugar seguro para dejar a sus hijos o deben asistir a la universidad con ellos, en los dos casos se afecta el proceso académico y la concentración.

En relación al parto, el enfoque teórico de esta investigación se centró en los postulados para alcanzar una experiencia respetada y empoderada. En esta línea, de acuerdo a la bibliografía consultada en el Capítulo 4, se establecieron algunos requisitos básicos como por ejemplo: tener un espacio físico que garantice la privacidad del proceso, respeto de los tiempos dictados por el cuerpo de la mujer, que la mujer pueda estar acompañada por una persona de su elección durante todo el proceso, el trato profesional, humano y educativo del personal de salud, la participación de la mujer en la toma de decisiones sobre la marcha del proceso de parto, el respeto por el dolor y la capacidad individual de soportarlo, el contacto piel con piel inmediato entre la madre y el recién nacido y la inducción a la lactancia materna en la primera hora de vida.

Para entrar en el debate de este punto, cabe mencionar que en Ecuador una mujer puede decidir tener a su hijo en una casa de salud pública o privada. En el sector público, la atención de partos tiene la siguiente organización: los partos considerados sin riesgo, son atendidos en los subcentros de salud, que son la primera unidad de atención médica presente en el territorio. Los casos que presentan leve o moderado riesgo, son remitidos por el subcentro de salud, a los

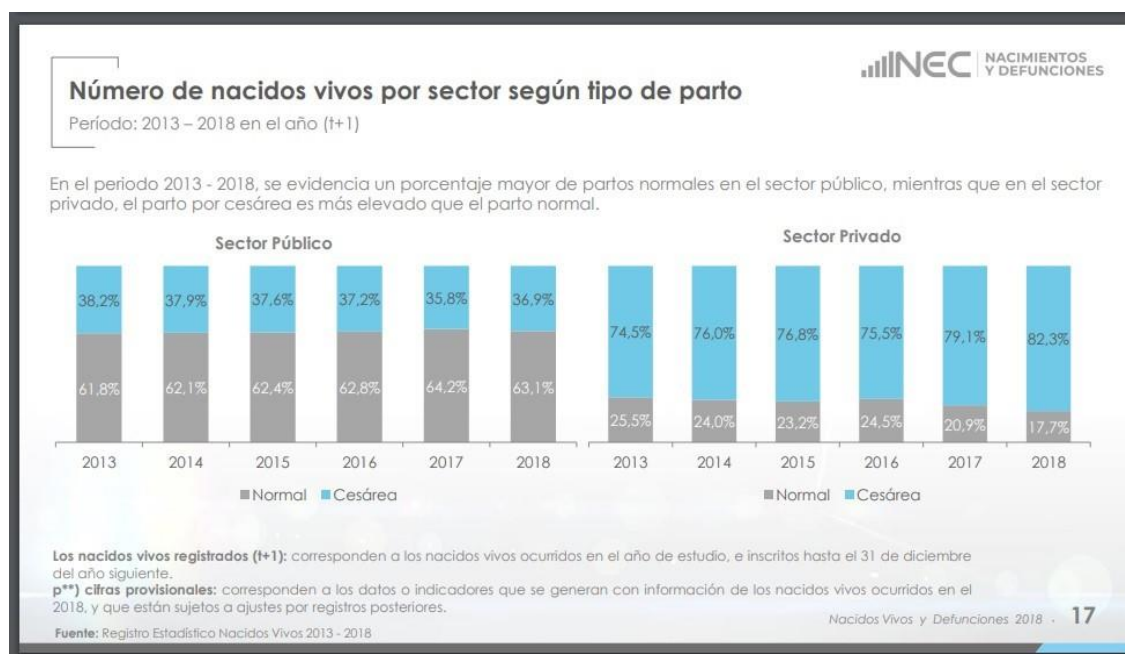
diferentes hospitales públicos, que cuentan con la infraestructura e instrumentación necesaria para realizar cesáreas. Además si una mujer es trabajadora y está asegurada, debería optar por tener a su hijo en las instalaciones de Instituto Nacional de Seguridad Social (IESS). Por último, una mujer puede asistir a un establecimiento privado, con características propias. Además el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) registró que en el 2016, el 3,18% de los partos ocurrieron en domicilios particulares, una cifra en descenso con relación a años anteriores.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, tiene como una de sus políticas, la atención al “parto respetuoso, en libre posición y con pertinencia intercultural”, que debería garantizarse en todos los establecimientos de salud pública. Existe también una normativa para los establecimientos de salud que quieren certificarse como “Amigos de madre y niño” ESAMyN. En el capítulo 4 de esta investigación se analizaron dos propuestas para el parto humanizado en el Ecuador.

Sin embargo, los testimonios de las alumnas reflejan que el mismo no es practicado en todas las casas de salud y que, en muchos casos, las madres no son lo suficientemente participes en la toma de decisiones dentro al proceso. En el sector privado, se podría decir que lamentablemente, en muchos casos prevalece el aspecto económico. Podría ser esta una de las razones por las cuales la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud han establecido que las intervenciones quirúrgicas en el parto tienen una tasa mundial que varía entre el 10 y 12% de los casos, pero en Ecuador este porcentaje se eleva al 38%. Esta afirmación se confirma en los datos presentados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Ver Ilustración 25).

Ilustración 26

Estadísticas nacionales sobre el tipo de parto.



Nota. Fuente Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Consultado el 20 de Mayo del 2020

Se pudo observar que las estudiantes que participaron en el estudio no contaron con la información suficiente que les permitiera participar activamente en el proceso del parto y hacer valer los derechos suyos y de sus hijos.

A pesar de que en algunos casos la atención del personal de salud fue respetuosa, en otros casos las estudiantes sufrieron violencia física y psicológica durante el proceso de parto.

No existe uniformidad de prácticas en el sistema de salud para la atención de los partos, todo depende del accionar de cada institución e individuo. Solo el conocimiento propio de la madre puede garantizar un proceso de nacimiento respetado y empoderado.

Resulta impactante la soledad que se lee en muchos relatos, la total falta de participación en los procesos de las parejas, la sobrecarga de responsabilidad que recae en las alumnas madres, que conduce en ocasiones a estados de ánimo depresivos.

Finalmente, no en todos los casos se indujo a la lactancia materna en la primera hora de vida, pese a que el estudio elaborado por González, Huespe, y Auchter (2008) demuestra que “cuanto más precoz se inició la alimentación a seno materno mayor fue la duración de lactancia exclusiva” (p. 3) es por ello que se recomienda que la lactancia materna tenga inicio en la primera hora de vida.

En el fundamento teórico se había considerado también la posibilidad de que el parto estuviera asistido por una mujer-madre. Entre otros estudios existentes, Klaus y Kennell (1997) mencionan la revisión de estudios antropológicos sobre 128 culturas no industrializadas, en los que se destaca la importancia que tiene la presencia de mujeres que acompañan el parto, en su capacidad de incidir positivamente en la reducción de la ansiedad de las parturientas y los niveles de dolor percibidos. En este sentido, una estudiante manifestó que, se sintió en confianza durante el parto porque fue atendida por una doctora mujer.

Retomando el tema de la lactancia, la OMS establece la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del bebé y prolongada/complementaria hasta al menos los 2 años del niño. La OMS ha demostrado, a través de estudios científicos, los beneficios que tiene la lactancia materna tanto para el bebé como para la madre, entre ellos se mencionan:

- ✓ Le leche materna contiene exactamente los nutrientes que el bebé necesita;
- ✓ La leche materna se digiere fácilmente y el cuerpo del bebé la utiliza eficazmente;
- ✓ La leche materna protege al bebé contra las infecciones.
- ✓ Cuesta menos que la alimentación artificial;

- ✓ Ayuda a la madre y a su bebé a establecer un buen vínculo afectivo, es decir, a desarrollar una relación de cariño muy estrecha entre ellos;
- ✓ Ayuda al desarrollo del bebé;
- ✓ Puede ayudar a retrasar un nuevo embarazo;
- ✓ Protege la salud de la madre: Ayuda al útero a recobrar su tamaño previo y reduce el riesgo de sufrir cáncer de mama.

A continuación se presentan datos generales sobre la lactancia materna en Ecuador, correspondientes al año 2018.

Ilustración 27

Estadísticas nacionales sobre la lactancia.

| Indicadores | ENSANUT 2018 | | |
|--|--------------|--------|-------|
| | Nacional | Urbano | Rural |
| Tasa Global de Fecundidad (MEF 15 a 49 años) | 2,2 | 2,1 | 2,5 |
| Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de vida | 62,1 | 58,4 | 70,1 |
| Desnutrición crónica en menores de 5 años | 23,0 | 20,1 | 28,7 |
| Sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años | 35,4 | 36,9 | 32,6 |

Nota. Fuente Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Consultado el 20 de Mayo del 2020

Se puede observar que en general las madres en Ecuador optan por la lactancia materna, sin embargo, en el sector urbano estos datos bajan notablemente, podría deberse al hecho que las madres en las ciudades deben separarse de sus hijos para trabajar, o quizá a la influencia de los

pediatras, o a las condiciones económicas, no existen datos verificados que permitan contrastar estas suposiciones.

En cuanto a la experiencia de lactancia materna de las estudiantes que participaron en el estudio, se observa que muchas de ellas tienen conocimiento acerca de los beneficios que tiene la lactancia para el desarrollo físico del bebé. Empero, no mencionan tener conocimiento sobre los beneficios que tiene en el desarrollo psico-afectivo. Además que solo mencionan los beneficios para el bebé y no para la madre, la familia y la sociedad.

Se puede evidenciar que les hace falta conocimiento sobre prácticas para instaurar y fomentar un proceso de lactancia exitoso. Muchas parecen no dar demasiada importancia a la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de edad y prolongada/complementaria hasta los dos años del niño.

En varios casos, el regreso a las actividades académicas en la Universidad, obstruyó el proceso de lactancia. Al tener que permanecer muchas horas alejadas de sus bebés no se menciona que las alumnas pudieran extraerse y conservar la leche, como técnica para fomentar la producción de leche y evitar el consumo de alimentos artificiales por parte de los bebés.

Como siguiente punto, en el estudio teórico se puntualizaron algunos aspectos que pueden contribuir al instaurarse de una relación de apego seguro entre la madre y el bebé, en sus primeros nueve meses de vida, se denominó a esta etapa como “extero-gestación”. La extero-gestación es un periodo sensible en el que, la bibliografía consultada indica que el bebé necesita recrear lo más posible las condiciones que tenía en el útero de su madre y es un ser que depende totalmente de ella.

En este sentido, resulta contradictorio que las políticas institucionales de la U.T.C., obliguen a las estudiantes a regresar a sus responsabilidades académicas presenciales luego de apenas una o dos semanas del parto. Se sugiere, que bajo el mismo principio de vulnerabilidad, se puedan establecer itinerarios académicos específicos que permitan a las estudiantes responder a sus responsabilidades maternas sin perjudicar la consecución de sus estudios universitarios. Sin embargo, la propuesta de esta tesis no ahondará en este aspecto.

En este estudio se otorga importancia a los enfoques educativos que le apuntan a la generación de vínculos familiares seguros, desde la perspectiva expresada por Vargas y Arán (2014):

Una de las funciones más importantes de la familia, en relación con las necesidades de los hijos e hijas, es aportar la estimulación apropiada que haga de ellos y ellas seres con capacidades cognitivas necesarias para relacionarse de modo competente con su entorno físico y social (p. 172).

En este sentido, se establecieron algunas prácticas que pueden fortalecer el vínculo madre e hijo en la etapa de la extero-gestación, entre ellas: la lactancia materna, el colecho, una respuesta adecuada al llanto del bebé, prácticas educativas respetuosas.

Los resultados que se obtuvieron de las participantes con respecto a estos temas apuntan a lo siguiente:

- ✓ Las alumnas no tuvieron suficiente conocimiento y educación sobre prácticas educativas que fortalecen el vínculo materno filial y el apego seguro.
- ✓ Muchas estudiantes no estuvieron preparadas para enfrentarse de manera adecuada al llanto de sus bebés. Algunas alumnas recibieron consejos de educación tradicionalistas orientados a dejar llorar a los bebés.

- ✓ Casi todas las participantes reportaron haber practicado el colecho, algunas conocían los beneficios de esta práctica, sin embargo ninguna tuvo datos sobre cómo realizarlo de manera segura.
- ✓ Varias informantes mencionaron estrés al enfrentar las enfermedades de sus hijos.
- ✓ Solo una alumna mencionó haber compartido la responsabilidad de la crianza y educación de su hijo, con su pareja.
- ✓ La mayor parte de las estudiantes dijo que toma como referencia de educación y crianza a sus padres y familiares.

Respecto del modelo educativo, la mayor parte de las participantes en la investigación plantearon que toman como modelo de educación a sus padres y familiares. Este dato puede ser considerado preocupante, puesto que en Ecuador existen altos índices de violencia infantil. Además, en muchos casos la violencia intrafamiliar es un hábito que se adquiere en la familia de origen y se tiende a perpetrar. En este sentido, de acuerdo al diario Primicias del Ecuador (22 de junio del 2019), una encuesta llevada a cabo por la Unicef en 2019, establece que el 47% de los niños y adolescentes han sufrido algún tipo de maltrato físico por parte de sus padres, quienes consideran que golpearlos es una manera adecuada para imponer la disciplina.

De manera parecida, el cotidiano ecuatoriano “El Comercio”, publicó una noticia el 21 de junio del 2018, en la que se establece que la violencia hacia los niños en Ecuador, está naturalizada, es decir es un rasgo cultural que se transmite de generación en generación.

Es necesario tener en cuenta que, se entiende por violencia familiar:

A todas las formas de abuso que tiene lugar en las relaciones entre miembros de la familia. La relación de abuso es aquella en la que una de las partes ocasiona un daño físico y/o psicológico a otro miembro. Este daño se puede dar, ya sea por acción o por omisión; y se da en un contexto de desequilibrio de poder (Borrero, 2002, p. 22).

En línea con estos datos, en Ecuador no solo alarman las estadísticas que revelan las tasas de violencia física y sexual, sino que en general no se protege a los niños de contextos violentos no aptos para su adecuado desarrollo psicológico y emocional. En este sentido, no se cuidan las conversaciones de adultos que los niños escuchan, no se vigila los programas de televisión y las páginas de internet a las que se exponen, no se los protege de observar y escuchar prácticas violentas. Existe una total falta de consciencia sobre estas formas de violencia.

Finalmente todas las participantes al estudio consideraron que la Universidad debería generar espacios para la formación y educación de las estudiantes en las etapas prenatal, para el parto y posnatal. Sin embargo, estos espacios no deberían ser solo de carácter informativo, sino que deberían apuntar a un acompañamiento pedagógico que garantice tanto la formación en conocimiento, como un abordaje integral de las necesidades de las alumnas gestantes.

Para cerrar este análisis es necesario tener en cuenta que, de acuerdo a la entrevista realizada a la directora del departamento de Bienestar Estudiantil, se pudo observar que las autoridades de la institución están muy conscientes del fenómeno que se evidencia en la Universidad. Por ello han ido aplicando políticas de prevención de embarazos no deseados, están por abrir una guardería y un lactario, entregan ayudas económicas. Sin embargo, estas acciones no apuntan al trabajo educativo relacionado con la sexualidad y la maternidad/paternidad, que puede constituirse en un instrumento fundamental para contrarrestar algunos de los aspectos problemáticos más importantes que se han evidenciado en este diagnóstico. Queda en evidencia

que la Universidad Técnica de Cotopaxi, como institución educativa, tiene la posibilidad de influir mucho más en esta realidad desde el punto de vista de la formación de los estudiantes como seres humanos.

4.7 Conclusiones del capítulo

La conclusión general de este capítulo responde a la pregunta de investigación planteada: la falta de acciones educativas propias para las estudiantes que se convierten en madres durante su proceso de formación académica en la UTC influye negativamente en su experiencia de maternidad en las tres etapas planeadas. Los resultados evidencian que la falta de un programa formativo para la educación prenatal, el parto y posnatal en la Universidad Técnica de Cotopaxi, influye negativamente en la experiencia de maternidad de las estudiantes que se convierten en madres durante su proceso de formación académica, así como en la de sus bebés.

Un porcentaje de las estudiantes de la Universidad se convierten en madres durante su periodo de preparación profesional. La mayor parte de ellas tiene embarazos no planificados y no deseados. La información que reciben respecto a la maternidad y a la crianza de sus hijos es escasa y parcializada. La maternidad influye directamente en el proceso de formación profesional y viceversa. La mayor parte de estudiantes enfrentan la maternidad sin el apoyo económico y emocional de sus parejas y de sus familias. En muchos casos las futuras madres están sometidas a violencia y discriminación. La falta de conocimiento de sus derechos ha conducido a que no se garantice una experiencia de parto respetada y empoderada. La falta de conocimientos sobre la lactancia y la educación en los primeros meses de vida del bebé no permite que las estudiantes tomen decisiones adecuadas entorno a criar con el objetivo de instaurar relaciones emocionales fuertes y estables desde los primeros momentos de vida de los niños.

Un programa formativo realizado en la universidad, podría propiciar un espacio que permitiera potenciar los conocimientos de las estudiantes en relación al periodo prenatal, para el parto y posnatal. Ese espacio las acompañaría pedagógicamente en esta experiencia trascendental de sus vidas, fomentando que la vivan con un grado mayor de consciencia y con un mejor nivel de empoderamiento y satisfacción. Esto resultaría beneficioso para ellas, para sus hijos e incluso para garantizar la continuidad y cumplimiento de los objetivos académicos. Además, les permitiría participar en un grupo social que asumiría el papel de “tribu” fortaleciendo los lazos de apoyo social y emocional de los cuales actualmente las estudiantes están careciendo.

PARTE 3:

LA PROPUESTA

Capítulo V: Desarrollo de la Propuesta.

5.1 Tema: Programa formativo para la educación prenatal, para el parto y posnatal en la Universidad Técnica de Cotopaxi – Ecuador.

5.1.1 Justificación:

En la primera parte de esta investigación se observó como la educación formal históricamente no se ha preocupado de la etapa de gestación y nacimiento, ni de la experiencia de la maternidad. Estas áreas han sido relegadas desde siempre a las ciencias médicas. En los últimos años, el debate pedagógico se ha ido abriendo a la posibilidad de que la educación pueda influir en experiencias y etapas del ser humano antes no consideradas dentro de las ciencias de la educación. Es así que se consolida en diferentes partes del mundo el concepto de una educación prenatal, “que podría convertirse en un agente de cambio social importante, en una alternativa para la transformación de la humanidad, al ser en esta etapa donde se sientan las bases de la futura salud física, mental y emocional de los adultos” (Carballo, 2019, p. 85).

La educación prenatal ha estado tradicionalmente ligada a las ciencias médicas y los profesionales de la salud. Sin embargo, en la actualidad se vive una transformación de su concepción que la relaciona también con las ciencias sociales y educativas y el desarrollo integral del ser humano. Es así que Gútiez (2016) menciona “la educación prenatal tiene como finalidad contribuir al desarrollo del ser humano desde su comienzo, para favorecer y compensar las posibles carencias originadas por partir de unas condiciones adversas, ya sean biológicas, psíquicas o ambientales” (p. 15).

En Ecuador existe una normativa emitida por el Ministerio de Salud Pública, de acuerdo con la que toda mujer debería recibir al menos seis sesiones de educación prenatal. No obstante, en el diagnóstico realizado se evidenció que esto no se cumple.

Datos estadísticos recolectados por la Universidad Técnica de Cotopaxi, permiten establecer que un número de estudiantes de esa institución, se embarazan y se convierten en madres, durante su proceso de formación académica universitaria. Frente a ello se ha llevado a cabo un minucioso estudio diagnóstico que ha permitido establecer que las estudiantes que se convierten en madres durante su formación académica en la Universidad Técnica de Cotopaxi requieren de formación y acompañamiento educativo en esta experiencia de sus vidas.

El estudio ha permitido establecer que, para las estudiantes que se convierten en madres, la experiencia de la maternidad y el proceso de formación académica, inciden el uno sobre el otro y no pueden considerarse como experiencias deslindadas y autónomas entre sí.

Entre los principales resultados del diagnóstico se pudo obtener la siguiente información:

- En promedio, en la UTC cada año se embarazan dos de cada cien estudiantes (de una población promedio de 3500 estudiantes mujeres matriculadas).
- De la muestra seleccionada para el estudio, un alto porcentaje pertenece a provincias alejadas de Cotopaxi, por lo tanto se encuentran separadas de sus círculos familiares y sociales.
- Las estudiantes participantes en el diagnóstico no pudieron participar de un programa formativo de educación prenatal.
- El conocimiento que obtuvieron sobre el embarazo, parto y la maternidad, fue de carácter empírico, por parte de familiares mujeres madres.
- La mayor parte de las participantes mencionó que no planificó su embarazo y que el descubrimiento de estar embarazada fue causa de angustias y preocupaciones.
- La figura del padre de los niños es totalmente ausente en los relatos de las participantes.

- Varias alumnas mencionaron haber sufrido discriminación por su estado de gestación por actores del contexto universitario.
- Las estudiantes demuestran que la falta de conocimiento no les permitió tener un parto respetado y empoderado.
- Todas las alumnas tuvieron que retomar sus actividades académicas en un plazo muy corto luego del parto, lo cual en muchas ocasiones, truncó el proceso de lactancia materna.
- Las estudiantes no recibieron información sobre modelos de educación respetuosa.

A través del estudio diagnóstico y el estudio epistemológico realizados previo a la construcción de esta propuesta se ha podido establecer algunos puntos centrales para la construcción del programa formativo.

5.2 Enfoques educativos del programa formativo.

En este apartado se presentan algunos aspectos que deben orientar la práctica educativa que se llevará a cabo en el desarrollo del programa formativo. Estos enfoques pueden ser considerados como ejes transversales que guiarán los pasos del educador prenatal en su función de acompañar, así como todas las actividades organizadas como parte del programa.

El programa formativo que se propone tiene un enfoque educativo experiencial, definido por Padierna y Palacio (2013) como:

Un proceso sistémico, inicia con la convicción de que toda interacción social, concepto, práctica o actitud generadora de conocimiento, debe empezar con una relación directa del individuo con el ambiente, el contexto, la experiencia misma y/o reconociendo los actores allí participes, donde el sujeto que aprende encuentra la oportunidad de esclarecer y estudiar-se en dicha relación y comprender sus estados, emociones,

actitudes, aptitudes y manifestaciones emergentes a partir de las vivencias, sensaciones y experiencias previas, individuales y/o conjuntas. (p.157)

En este orden de ideas, el programa formativo pone el centro de su atención en la experiencia que están viviendo las estudiantes: la maternidad, para ofrecer a las futuras madres oportunidades de analizar, comprender y tomar decisiones conscientes sobre sí mismas y sus hijos, en el contexto universitario en el que se desempeñan. Por otro lado, se considera que el enfoque es experiencial porque las personas participantes en este proceso formativo, no solo son profesionales, sino han vivido la experiencia de la maternidad. Por lo tanto, pueden compartir un conocimiento que es científico pero también vivencial.

Además, el programa formativo deberá tener un enfoque dialéctico, en el que tanto la educadora prenatal como el resto de profesionales que intervengan, mantengan siempre la apertura de un diálogo abierto y entre pares con las estudiantes participantes. En este sentido, Velasco y González (2008) exponen algunos métodos que pueden facilitar el dialogo en contextos educativos:

(i) El uso por el profesor de preguntas auténticas, (ii) la incorporación de las respuestas de los estudiantes en las preguntas subsiguientes, y (iii) el grado o extensión en que el docente permite que la respuesta del estudiante llegue a modificar el tópico de discusión (pág. 464).

En este sentido, si bien el programa se llevará a cabo en un contexto institucionalizado de formación, se debe tener en cuenta que las alumnas asisten para conocer más de un proceso muy personal de ellas con sus bebés. Por lo cual las conferencias, talleres, y otras actividades deben proponer puntos de reflexión sobre su propia experiencia, no imponer teorías o conocimientos estáticos.

En el diagnóstico se pudo observar también que la mayor parte de estudiantes madres participantes provenían de otras ciudades y provincias, lo que generaba una desconexión de sus lazos sociales y afectivos, misma que se hizo mayormente notoria cuando las estudiantes tuvieron que enfrentar el embarazo y la maternidad. Por esta razón, el programa debe asumir un enfoque comunitario, que en el caso específico de este programa se preferirá denominar “enfoque de tribu”. Veamos.

Del Olmo (2019), en su texto “¿Dónde está mi tribu?”, analiza cómo las dificultades normales del puerperio (cambios hormonales, cansancio, depresión postparto etc.) se ven incrementadas por la soledad con la que se enfrentan a esta etapa las madres. Dificultades éstas que son propias de las sociedades modernas, puesto que en tiempos no demasiado remotos las madres estaban rodeadas de contextos familiares extensos y dimensiones sociales comunitarias. Ciertamente, las madres criaban en el interior de una “tribu”, es decir de un entorno cooperativo.

La autora analiza como el concepto de familia se vuelve cada vez más “privatizado”. Las aspiraciones de autonomía e independencia con las que se educa a las mujeres actualmente hacen que muchas veces se excluya *a priori* la posibilidad de mitigar la soledad con la que las madres enfrentan el puerperio. En realidad, en el diagnóstico se pudo observar que en el contexto cultural ecuatoriano, todavía la maternidad es una experiencia que involucra a la “tribu” constituida mayormente por figuras cercanas femeninas (madres, hermanas, abuelas, tías etc.).

Sin embargo, las estudiantes que se convirtieron en madres se encontraron alejadas de esas redes por sus responsabilidades académicas. Es por ello que uno de los objetivos del programa formativo debe ser que entre las participantes y la educadora prenatal se pueda construir una comunidad en la que el embarazo, parto y la primera etapa posnatal, puedan ser compartidas y vividas de manera cooperativa y esto permita a las futuras madres “recuperar su tribu”.

Se considera que el programa formativo debe tener un enfoque “intercultural”. Asumir un enfoque intercultural significa:

Promover relaciones positivas entre distintos grupos culturales, de confrontar la discriminación, el racismo y la exclusión, de formar ciudadanos conscientes de las diferencias y capaces de trabajar conjuntamente en el desarrollo del país y en la construcción de una sociedad justa, equitativa, igualitaria y plural. La interculturalidad se inscribe en este esfuerzo (Walsh, 2009, p.2)

Como se ha mencionado anteriormente, las estudiantes de la Universidad Técnica de Cotopaxi provienen de todo el país. En este sentido, es necesario considerar que el Ecuador está dividido en 24 provincias, constituyéndose étnicamente por 14 nacionalidades y 18 pueblos, con características culturales e idiomáticas propias. El contexto de tribu abarca sin duda la dimensión comunitaria, pero una comunidad es un grupo social con características culturales propias. Siendo que los conocimientos sobre la maternidad que tenían las estudiantes participantes tenían un fuerte condicionamiento cultural, este condicionamiento debe ser rescatado y compartido en el programa formativo e integrado con los conocimientos que pueden ser aportados por los profesionales participantes.

Este programa formativo se orienta hacia el enfoque educativo parental denominado como “parentalidad positiva”. La familia históricamente ha sido considerada como la primera célula social de pertenencia de cada ser humano y la primera institución educativa de cada persona. Parada (2010) menciona que la familia tiene la responsabilidad de “educar para la vida, esto es formar a los miembros de la familia de modo que sean capaces de desarrollarse productivamente como personas, y como miembros de una sociedad, en el transcurso de su vida” (p.19). Para cumplir con esta función históricamente se han ido constituyendo y conceptualizando diferentes

estilos parentales, con características relacionadas a los objetivos de educación que cada familia se propone.

Últimamente ha cobrado notable importancia el estilo educativo denominado “parentalidad positiva” definido por Capano y Ubach (2013) como “comportamiento de los padres sustentado en el interés superior del niño” (p.89), este estilo educativo se acerca a corrientes educativas consideradas como “respetuosas” en el sentido que “se promueve la atención, el desarrollo de sus capacidades, el ejercicio de la no violencia, ofreciendo el reconocimiento y la orientación necesaria sin dejar de incluir el establecimiento de los límites que permitan el pleno desarrollo del niño y el adolescente” (p.89). De acuerdo a los autores, este tipo de estilo educativo propone algunos pilares fundamentales como: vínculos afectivos cálidos, entornos estructurados, estimulación y apoyo, reconocimiento, educación sin violencia.

En el diagnóstico se pudo notar que las estudiantes que se convirtieron en madres durante su formación académica en la UTC tuvieron dificultades para constituir entornos familiares estructurados, por falta de madurez afectiva o por las condiciones propias en las que concibieron a sus hijos. En muchos casos se construyeron núcleos familiares atípicos, conformados por padres separados, madres solteras, familia extendida (abuelos, tíos, etc.).

En esta situación se considera importante que la educadora prenatal pueda trabajar para orientar a la futura madre y, cuando sea posible, al futuro padre, sobre la importancia de un vínculo parental positivo para el adecuado desarrollo bio-psico-social del niño.

En el diagnóstico también se observó que muchas veces los padres quedaron relegados de todo el proceso, y toda la responsabilidad de la maternidad recayó sobre las mujeres. En este punto es fundamental que la educadora prenatal pueda trabajar en el programa formativo para que los futuros madre y padre puedan entender que la relación con el niño puede ser independiente de

la relación de pareja; que la parentalidad es un derecho tanto de la madre como del padre; y que el niño necesita de ambas figuras de referencia y apego para crecer de manera positiva.

Este trabajo educativo puede ser realizado a través del acompañamiento personalizado que realiza la educadora prenatal en el marco del respeto de la unicidad y diversidad de cada una de las situaciones. Pero sería importante también que, a pesar de que las conferencias y talleres están pensadas principalmente para las futuras madres, en todos los casos que la temática lo requiera y amerite, puedan ser invitados los futuros padres para que vayan reforzando su nivel de participación en el proceso.

Finalmente, se considera importante que a pesar de las orientaciones claras y científicamente sustentadas de este programa, se suspendan posibles juicios de valor que puedan generar en las futuras madres y los futuros padres sentimientos de culpabilidad o frustración si las condiciones propias no permitieran llevar los procesos de acuerdo a las orientaciones. La maternidad y paternidad son experiencias muy personales y originales y el principio fundamental de este programa debe ser el respeto a las experiencias individuales y la convicción de que cada uno de los participantes ofrecerá lo mejor de sí mismo en cada etapa de este proceso.

5.3 Diseño curricular del programa formativo (objetivos, metodología, contenidos y evaluación).

5.3.1 Objetivos:

Objetivo general:

Diseñar un programa formativo para la educación prenatal, para el parto y posnatal en la Universidad Técnica de Cotopaxi.

Objetivos específicos:

- Responder a las necesidades de formación de las estudiantes que se convierten en madres durante su formación académica en la Universidad Técnica de Cotopaxi.
- Brindar acompañamiento educativo en las etapas prenatal, parto y posnatal a las estudiantes que se convierten en madres durante su formación académica en la Universidad Técnica de Cotopaxi.

5.3.2 Metodología:

El programa formativo que se propone está compuesto por dos dimensiones esenciales: en la primera dimensión está el acompañamiento educativo permanente por parte de la figura de la “educadora prenatal”. Este acompañamiento tendrá inicio con la captación de la estudiante embarazada y su consenso voluntario y expreso a participar del programa; durará durante todo el embarazo y hasta el periodo de exterogestación del niño (6 meses), de acuerdo a la necesidad propia de acompañamiento de cada madre. Este acompañamiento está dirigido principalmente a la madre, aunque como se explicó en el párrafo anterior, la educadora prenatal deberá trabajar para involucrar al padre del niño en el proceso y poder velar por una presencia de los padres de los niños que garantice el vínculo filial, independientemente de la relación de pareja.

La segunda dimensión será la parte formativa que se encuentra compuesta por 6 grandes temas, que abarcan un total de 6 conferencias (teóricas) y 12 talleres (de aplicación). En esta fase se intentará ofrecer a los futuros madres y padres conocimientos con base en la ciencia y en la experiencia, que les permitan decidir conscientemente sobre su embarazo, parto y exterogestación, optando por modelos educativos orientados al fortalecimiento del vínculo materno-paterno-infantil y a la crianza respetuosa.

Ciertamente, el programa formativo está dirigido de manera particular a las estudiantes futuras madres y a sus bebés intrauterinos, aunque no se excluye la figura del padre. Ya se determinó en el diagnóstico que las alumnas que se convirtieron en madres durante la formación académica universitaria, no tenían en su mayoría relaciones de pareja estables. Solo en ocasiones las parejas deciden ser parte del proceso y en algunos casos, luego del embarazo, se conformó un núcleo familiar compuesto de madre, padre e hijo. Así pues, en algunos testimonios se pudo evidenciar que esta estructura familiar careció de estabilidad y durabilidad y que se presentaron situaciones de violencia psicológica y física. En otros casos, las alumnas no contaron con la presencia de los padres de sus hijos y se apoyaron mayormente en sus propias familias.

Es por ello que en el programa formativo se debe dar particular importancia a que, independientemente de la relación que puedan tener con las futuras madres, los futuros padres tienen derecho a ejercer la paternidad. Por tanto, la participación de los hombres en este proceso se valorará y acordará entre la educadora prenatal, las estudiantes futuras madres y los futuros padres, de acuerdo a cada situación específica como parte del trabajo educativo individualizado que realiza la educadora prenatal. Si se presentaran las condiciones propicias, se podría considerar que los padres puedan participar en algunas o todas las conferencias y talleres, de acuerdo al tema a tratarse.

Finalmente, el programa formativo tendrá una duración de entre 12 y 18 meses, puesto que iniciará con un grupo de estudiantes que hayan descubierto estar embarazadas (obviamente no todas estarán en la misma etapa de embarazo) y culminará cuando los niños hayan cumplido los 6 meses de edad. La parte formativa del programa durará 5 meses, durante la etapa de gestación de las alumnas, puesto que es cuando todavía ellas tendrán disponibilidad de tiempo. De preferencia las conferencias y talleres se realizarán los sábados por la mañana, para evitar cruces de horarios con las actividades académicas. Por su parte, el acompañamiento educativo

iniciará cuando la alumna ingresa al programa formativo y culminará cuando su bebé haya cumplido 6 meses.

5.3.3 Contenidos:

En la siguiente tabla se presenta un resumen de los contenidos del programa. Los contenidos están organizados en tres grandes unidades temáticas, cada unidad temática contiene una conferencia y dos talleres. Las conferencias y talleres poseen un código que inicia por C si se trata de una conferencia y por T si se trata de un taller y continúan con la secuencia numérica (Ejemplo C1, T1). Además se indica la actividad, el objetivo, el responsable y la duración de cada uno de las conferencias y talleres.

Tabla 33

Contenidos de Programa de educación prenatal, para el parto y posnatal para la UTC.

| PROGRAMA DE EDUCACIÓN PRENATAL, PARA EL PARTO Y POSTNATAL PARA LA U.T.C. | | | | | | | | |
|--|--|------------|-------------|-----------|---|--|--|------------|
| Tema | Encuentro | Estrategia | Código | Actividad | Objetivo | Profesional Responsable | Duración | |
| 1 | Cuidados físicos durante el embarazo. | 1 | Conferencia | C1 | Conferencia sobre embarazo saludable. | Fortalecer el conocimiento sobre la salud materno infantil en el embarazo. | Obstetrix/Ginecólogo. | 90 minutos |
| | | 2 | Taller | T1 | Taller de actividad física para embarazadas. | Fomentar la salud materno infantil. | Entrenadora personal para embarazadas. | 90 minutos |
| | | 3 | Taller | T2 | Taller de alimentación saludable para embarazadas. | Fomentar la salud materno infantil. | Nutricionista. | 90 minutos |
| 2 | Cuidados emocionales durante el embarazo | 4 | Conferencia | C2 | Conferencia sobre cuidados emocionales durante el embarazo. | Establecer conciencia en las madres participantes acerca de la importancia de la regulación emocional para el desarrollo del bebé intrauterino. | Psicóloga perinatal. | 90 minutos |
| | | 5 | Taller | T3 | Taller de introducción al yoga prenatal. | Brindar herramientas para mejorar la regulación emocional en las madres. | Instructor de yoga para embarazadas. | 90 minutos |
| | | 6 | Taller | T4 | Taller de ejercicios de respiración a contacto con la naturaleza. | Brindar herramientas para mejorar la regulación emocional en las madres. | Psicóloga perinatal/Educadora Prenatal. | 90 minutos |
| 3 | La relación con el bebé intrauterino. | 7 | 1 | C3 | Conferencia sobre el desarrollo emocional y social del niño intrauterino. | Conocer la evolución del niño intrauterino y la construcción de sus estructuras emocionales y sociales. | Neuropediatra. | 90 minutos |
| | | 8 | Taller | T5 | Taller: Carta al bebé intrauterino. | Fortalecer el vínculo entre la madre y el bebé intrauterino. | Educadora prenatal. | 90 minutos |
| | | 9 | Taller | T6 | Taller: Nanitas/ Canciones para arrullar bebés. | Fortalecer el vínculo entre la madre y el bebé intrauterino. | Profesor de canto. | 90 minutos |
| 4 | El parto respetado y empoderado. | 10 | Conferencia | C4 | Conferencia sobre el parto respetado y empoderado. | Brindar el conocimiento necesario para que las alumnas puedan empoderarse de su proceso de parto y hacer respetar sus derechos y los de sus niños. | Obstetra/Educadora prenatal. | 90 minutos |
| | | 11 | Taller | T7 | Taller: El acompañamiento personal o profesional durante el parto. | Socializar herramientas para enfrentar el parto. | Doula | 90 minutos |
| | | 12 | Taller | T8 | Taller: La primera hora de vida del bebé. | Comprender la importancia de la primera hora de vida del bebé. | Psicóloga perinatal. | 90 minutos |
| 5 | La lactancia. | 13 | Conferencia | C5 | Conferencia sobre la lactancia materna. | Fomentar la lactancia materna en consideración de los beneficios que tiene para la salud física y emocional, tanto de la madre como del niño. | Asesora de lactancia materna. | 90 minutos |
| | | 14 | Taller | T9 | Taller: Lactancia materna sin dolor. | Fomentar una técnica adecuada que facilite la lactancia materna. | Asesora de lactancia materna. | 60 minutos |
| | | 15 | Taller | T10 | Taller: Lactancia v el estudio. | Fomentar en las alumnas el conocimiento sobre técnicas de extracción y conservación de la leche materna. | Asesora de lactancia materna. | 90 minutos |
| 6 | La exterogestación | 16 | Conferencia | C6 | Conferencia: Desarrollo bio-psico-social del niño durante la exterogestación. | Fortalecer el conocimiento sobre la salud integral infantil en los primeros 6 meses de vida. | Pediatra/Neurólogo infantil | 90 minutos |
| | | 17 | Taller | T11 | Taller: Crianza respetuosa en los primeros 6 meses de vida. | Fomentar un modelo de crianza basado en el respeto y el vínculo. | Educadora prenatal. | 90 minutos |
| | | 18 | Taller | T12 | Taller: Autoayuda entre madres universitarias experimentadas y futuras madres universitarias. | Compartir experiencias personales que puedan ayudar a enfrentar la maternidad en el contexto universitario. | Educadora prenatal/ Estudiantes madres experimentadas. | 90 minutos |

ACOMPANAMIENTO EDUCATIVO PERMANENTE POR PARTE DEL EDUCADOR PRENATAL

Nota. Agnese Bosio/Investigadora

5.3.4 Captación de participantes.

Cuando las autoridades de la Universidad Técnica de Cotopaxi aprueben la aplicación del programa formativo, este deberá ser socializado a través de los medios de comunicación institucionales.

La Dirección de Bienestar Estudiantil, que se encargará de proponer el programa formativo a las estudiantes gestantes que acudan a controles en esta unidad y realizar las inscripciones.

El programa formativo, en una fase piloto, debería realizarse con un máximo de 12 participantes (por educador prenatal), para garantizar un seguimiento y trato personalizado.

Podrán participar del programa las estudiantes gestantes de la U.T.C. que manifiesten su deseo y consenso a estar presentes durante toda su duración.

La educadora prenatal trabajará para que la invitación pueda extenderse a los padres de los niños en los casos que esto sea posible.

5.3.5 Evaluación y aprobación:

La educadora prenatal será la encargada de evaluar los logros de los y las participantes al programa formativo.

La evaluación será de carácter cualitativo y considerará los siguientes parámetros:

- ✓ Asistencia a las conferencias y talleres.
- ✓ Asistencia a los encuentros personalizados con la educadora prenatal.
- ✓ Logro de los resultados de aprendizaje contemplados en cada conferencia y taller.
- ✓ Niveles de empoderamiento de la paternidad y maternidad.

La evaluación podrá realizarse a través de la observación que realice la educadora prenatal, para el efecto podrá valerse de una rúbrica.

Una vez finalizado el programa formativo se otorgará un certificado de aprobación del mismo a sus participantes.

5.7 Desarrollo del programa.

5.7.1 Acompañamiento educativo permanente por parte de la educadora prenatal.

Uno de los principales resultados del diagnóstico fue la soledad durante las experiencias de gestación, parto y etapa posnatal que las estudiantes experimentan cuando convierten en madres durante su formación académica en la Universidad Técnica de Cotopaxi. Por una parte, muchas de las estudiantes están geográficamente distantes de sus familias de origen, puesto que por razones de estudio han tenido que trasladarse a vivir en la ciudad de Latacunga y sus familias, en gran parte de los casos, están fuera de la provincia. Por otro lado, en muchos casos el descubrimiento de estar embarazadas viene acompañado del rechazo o el miedo al rechazo por parte de las familias, quienes no aprueban que las estudiantes se conviertan en madres antes de haber cumplido con sus objetivos de formación universitaria.

Muy pocas de las estudiantes cuentan con el acompañamiento y apoyo de sus parejas en estas etapas. Culturalmente son consideradas como “cosas de mujeres” y en el diagnóstico se nota la ausencia de los padres de los niños en todo el proceso. En ocasiones se evidenció incluso violencia física y psicológica por parte de ellos y de sus familias. Adicionalmente, en el contexto universitario no se brinda a las estudiantes contención en estos momentos, se demuestra que las estudiantes sufren indiferencia y discriminación por parte de sus compañeros estudiantes y de los docentes.

Frente a estos resultados se propone que dentro del programa formativo exista una figura profesional que pueda responder a la necesidad de un acompañamiento educativo que sería para las futuras madres fuente de conocimiento, pero también de contención emocional en las tres etapas consideradas.

Pero, ¿qué vamos a entender por acompañamiento educativo? García y Mendía (2015) en su estudio mencionan que las instituciones educativas formales se debaten constantemente sobre su rol, en este debate se preguntan si su función es enseñar o educar. En este sentido establecen sus modelos educativos. Las instituciones que se decantan por procesos dirigidos al desarrollo integral de sus educandos, optan por el acompañamiento educativo, definido por los autores como una “dimensión fundamental en los procesos de desarrollo de personas y grupos; pertinente para impulsar el itinerario de crecimiento personal y social de cada individuo” (p.44) .

Por su parte, Pérez (2015) considera que acompañar educativamente significa “Demostrar respeto y cariño con todos los estudiantes, comprendiendo sus diferentes situaciones personales y emocionales y confiando en su capacidad de aprender. Procurar una interacción cercana y respetuosa, provocando el sentimiento en los estudiantes de que son respetados y escuchados” (p. 248). En este sentido, acompañar educativamente a las estudiantes que se convierten en madres, desde el contexto universitario, significa comprometerse con su experiencia y vivencia personal, reconocer que esta no puede dissociarse del proceso formativo profesionalizante y a partir de ello impulsar el desarrollo individual de la estudiante madre dentro de su contexto social constituido en gran parte por la universidad.

Para conseguir un acompañamiento educativo de estas dimensiones, se requiere que el educador tenga algunas competencias específicas. Se considera que la persona que debe jugar el rol de acompañar educativamente a las estudiantes que se convierten en madres debe ser la

“educadora prenatal”. Su función principal será coordinar y gestionar el programa formativo y trabajar de manera individualizada con cada una de las estudiantes en base a las necesidades de cada una de ellas. Se aspira que sea una persona con amplia disposición de tiempo, conocimiento científico y cualidades humanas que le permitan ejercer esta función.

La educación prenatal abarca desde la preparación a la concepción, así que el trabajo de la educadora prenatal debería comenzar antes del embarazo y debe llegar hasta el acompañamiento al puerperio como una etapa sensible, en la que se alcanzan nuevos equilibrios y la mujer madre corre el riesgo de la depresión posparto.

Además la educadora prenatal jugará un rol importante tratando de fortalecer la participación de los futuros padres en el proceso, trabajando con madres y padres sobre la importancia del vínculo filial independientemente de las relaciones de pareja y del rol de cada uno de ellos, único e insustituible.

Se habla al femenino “educadora” puesto que las alumnas en el diagnóstico consideraron que preferirían estar acompañadas por una persona de género femenino porque se identificaría mayormente con la experiencia de maternidad. A continuación se esboza un posible perfil profesional de la misma.

5.7.2 Perfil profesional de la educadora prenatal.

Para establecer las características del perfil profesional de la “educadora prenatal” se tomó en cuenta el estudio teórico realizado en esta investigación, así como algunos aspectos del diagnóstico que se derivan de las experiencias de alumnas que se convirtieron en madres durante su formación universitaria en la Universidad Técnica de Cotopaxi. En este sentido, se especifica que la educadora prenatal debe ser:

- Una docente de planta de la Universidad Técnica de Cotopaxi. Esto permitirá que tenga un conocimiento profundo de la realidad social de las estudiantes así como del funcionamiento y oportunidades de la institución.
- Una persona con conocimiento de educación social. Esto podrá garantizar que tenga un entendimiento de la educación como un proceso orientado al desarrollo integral de la persona.
- Una persona preparada para acompañar las etapas: preparación para la concepción, concepción, embarazo, parto, puerperio.
- La “educadora prenatal” debe ser necesariamente mujer y madre, puesto que las estudiantes que participaron en el estudio dieron gran importancia a la posibilidad de poder contar con personas que puedan alcanzar una comprensión profunda de la experiencia de la maternidad, a partir de su propia experiencia. Esta característica se puede observar también en la figura de la *doula*, quien es una persona que combina su conocimiento científico con su experiencia de maternidad.
- La “educadora prenatal” debe adquirir conocimientos necesarios sobre las etapas prenatal, parto y posnatal, abarcando el estudio de otras áreas del conocimiento (externas a la educación) como son la medicina, obstetricia, psicología e incluso el conocimiento de normas legales, para poder orientar de una manera adecuada la experiencia de las estudiantes gestantes y madres. Para ello, sería adecuado que quien vaya a desempeñar esta función pueda capacitarse y certificarse específicamente como “educador prenatal”. Esto se podría conseguir a través de alguna capacitación al respecto. Por ejemplo, a nivel internacional existe CAPP (Childbirth and Postpartum Professional Association), quienes ofrecen cursos certificados, tanto en inglés como en español, para *doulas*, educadores de parto y educadores de lactancia (Cfr. <https://cappa.net/es/>).

- La “educadora prenatal” debe ser una persona con disposición humana que la motive a realizar este trabajo, pero también una persona con una adecuada regulación emocional y empatía, puesto que en el estudio diagnóstico se pudo palpar que involucrarse con la maternidad significa enfrentarse, en ocasiones, directamente a situaciones de sufrimiento por parte de las estudiantes madres. La educadora prenatal debe ser capaz de encontrar una distancia adecuada de los problemas de las estudiantes, no muy lejana para parecer indiferente, pero no demasiado cercana como para “caer” en los problemas de las mismas y no conseguir ayudarles a visualizar una solución.
- La educadora prenatal debe ser una persona que garantice su presencia durante todo el proceso de desarrollo del programa formativo, puesto que los estudiantes futuros madres y padres, van a establecer con ella un vínculo, que necesita la garantía de estabilidad. En este sentido, Carballo y Vizcaíno (2016) indican que la educación prenatal abarca desde la preparación a la concepción, concepción, gestación, nacimiento y hasta la lactancia.
- La educadora prenatal compartirá con la futura madre y con el futuro padre (en los casos que sea posible) modelos y estilos de educación respetuosa y parentalidad positiva.
- La educadora prenatal debe practicar en todo momento el valor del respeto, garantizando que a pesar de sus conocimientos, va a dejar que las estudiantes madres en todo momento tomen sus decisiones con libertad.
- La educadora prenatal debe trabajar para la autonomía de sus educandos, puesto que a pesar de ser una figura muy presente en un determinado periodo, no puede sustituirse a sus educandos y debe poder separarse de ellas sin generar dependencia.

En conclusión, la educadora prenatal deberá tener un sinnúmero de competencias profesionales y humanas para desarrollar esta función.

5.7.3 Encuentros con la educadora prenatal.

A lo largo del programa formativo, la educadora prenatal establecerá una agenda de encuentros personales con cada una de las participantes, que le permitirá ir monitoreando la situación de cada una de ellas. Deberá realizar un encuentro mensual mínimo con cada una, por fuera de los encuentros formativos, a partir del ingreso de la alumna en el programa y hasta el cumplimiento de los 6 meses de vida de su bebé. Dependiendo de las situaciones propias de cada caso, en estos encuentros podrían participar los futuros padres.

En estos encuentros la educadora prenatal debe considerar que “El proceso de convertirse en padre y madre constituye una importante transición que se experimenta tanto a nivel personal como familiar” (Hidalgo y Menéndez, 2003, p. 470), en la revisión realizada, la transición de hombre y mujer a padre y madre es considerada como una de las mayores transformaciones que experimenta el ser humano, es calificada como una pérdida de equilibrio e incluso una crisis, que afecta al sujeto individualmente y a sus interrelaciones familiares. Sin duda, la llegada de un hijo es una de las mayores alegrías que una familia puede experimentar, pero conlleva una re-estructuración de la organización doméstica en todos los aspectos: relaciones conyugales, hábitos, restricciones de la libertad, efectos sobre la actividad profesional y la vida económica etc. Por lo tanto, el rol de la educadora prenatal será acompañar a la futura madre, al futuro padre y al bebé, en estas etapas de transición, buscando que los involucrados alcancen nuevos equilibrios y estabildades.

5.7.4 Conferencias y talleres formativos.

Bloque temático 1: Cuidados físicos durante el embarazo.

5.7.4.1 Conferencia sobre embarazo saludable (C1).

Objetivo: Fortalecer el conocimiento sobre la salud materno infantil en el embarazo.

Estrategia: Conferencia

Fundamentos y contenidos de la conferencia:

En el marco teórico de esta investigación se estableció las principales etapas del embarazo, de acuerdo a las investigaciones realizadas principalmente desde las ciencias médicas, ginecológicas, neurológicas y psicológicas.

Se determinó que el embarazo es un proceso que involucra a dos sujetos principalmente: la madre y el bebé. Además el embarazo, se puede en una primera instancia dividir en dos grandes momentos: la fase embrionaria (primeras 8 semanas desde la concepción). Esta etapa se llama también organogénesis, puesto que es el tiempo en el cual se forman los principales órganos del ser humano. Es la etapa más corta y delicada del embarazo. Por otro lado, la fase fetal dura hasta el parto.

En el marco teórico se estableció también la diferencia entre un embarazo normal y un embarazo a riesgo, así como los factores que pueden conducir a un embarazo de riesgo.

Con base en los manuales de Delahaye (2008) y Sánchez (2007) se presentaron los principales cuidados que la madre debe tener durante el embarazo, para llevar un proceso normal y saludable. Esto abarca los controles médicos, la alimentación, el ejercicio físico, evitar sustancias químicas o tóxicas, el contacto con la naturaleza, la regulación emocional, un entorno social favorable, entre otros.

En el diagnóstico se pudo evidenciar que la mayor parte de estudiantes de la UTC que se convirtieron en madres disponían de un conocimiento parcial sobre estos temas, con fundamento principalmente empírico y en mitos populares. Por eso es necesario afrontar estos temas de una forma adecuada.

Resultado de aprendizaje:

Las futuras madres conocen de manera integral las etapas del embarazo, los factores de riesgo y los principales cuidados bio-psico-sociales para llevar adelante un proceso saludable tanto para ellas, como para sus bebés intrauterinos.

Profesional Responsable: Obstetra/Educadora Prenatal

Participantes: Estudiantes futuras madres, futuros padres cuando sea posible.

Duración: 90 minutos.

Recursos:

Recursos humanos: Experiencia profesional del médico obstetra y de la educadora prenatal. Experiencia propia de cada una de las estudiantes participantes.

Recursos materiales: Ambiente adecuado para tratar el tema y para las necesidades propias del grupo. Recursos tecnológicos y opúsculos impresos que faciliten la exposición de los argumentos.

5.7.4.2 Taller de actividad física para embarazadas (T1).

Objetivo: Fomentar la salud materno infantil.

Estrategia: Taller

Contenidos: Ejercicio físico adecuado en las diferentes etapas del embarazo.

Fundamentos y contenidos del taller:

Uno de los aspectos que se consideraron en el marco teórico en relación con los cuidados físicos durante el embarazo, fue el desarrollo de actividad física, adecuada a cada persona y a cada embarazo. En este sentido, Mata et al. (2010), haciendo una meticulosa revisión de la bibliografía científica relacionada con actividad física en el embarazo, llegan a la conclusión que:

si el embarazo transcurre sin problemas y sin contraindicaciones médicas, el ejercicio físico personalizado, combinando un programa de acondicionamiento neuromuscular con un programa de acondicionamiento cardiovascular, resulta altamente recomendado para las mujeres embarazadas, ya fueran activas o sedentarias, previamente. (p. 68)

Los autores detallan con claridad que la actividad física durante el embarazo presenta beneficios para la salud de la madre y del feto. En el caso de la madre, el ejercicio físico previene dolores de espalda, enfermedades gestacionales (preclamsia y diabetes entre otras), mantiene las condiciones físicas de la madre evitando una ganancia excesiva de peso, incide en los niveles de ansiedad y depresión.

En cuanto al feto:

(...) se ha observado que, en mujeres con buena condición física y que siguen manteniendo su actividad durante el embarazo, el desarrollo psicomotor del feto es superior, con mejor maduración nerviosa. También se han observado beneficios en los perfiles de humor de los bebés respecto a las madres sedentarias: responden mejor ante estímulos ambientales y a los estímulos luminosos, y tienen una cualificación de la organización motora (Mata et al., 2010, p. 71).

Sin embargo, los mismos autores advierten que la bibliografía consultada recomienda que previo al inicio de un régimen de actividad física durante el embarazo, se deben considerar aspectos individuales de la mujer, de su salud, de su embarazo y de la etapa gestacional. Por esta razón, el profesional que guíe esta actividad debe ser alguien que posea el conocimiento adecuado de todos estos aspectos. Además, debería establecer algunas recomendaciones en común para todas las participantes, pero luego trabajar con cada una de ellas una manera individualizada, para así tener en cuenta las condiciones personales de las futuras madres. Se plantea que, de existir estudiantes interesadas este taller, podría continuar con un laboratorio optativo.

Resultado de aprendizaje:

Las futuras madres conocen los beneficios del ejercicio físico, tanto para ellas, como para sus bebés intrauterinos. Además, identifican actividades físicas adecuadas de acuerdo a su condición física y etapa de gestación.

Profesional Responsable: Entrenador físico para embarazadas/Educadora prenatal

Participantes: Estudiantes futuras madres.

Duración: 90 minutos.

Recursos:

Recursos humanos: Experiencia profesional del entrenador físico para embarazadas y de la educadora prenatal. Experiencia propia de cada una de las estudiantes participantes.

Recursos materiales: Ambiente adecuado y recursos materiales para el desarrollo de la actividad física prevista.

5.7.4.3 Taller de alimentación saludable para embarazadas (T2).

Objetivo: Fomentar la salud materno infantil.

Estrategia: Taller

Fundamentos y contenidos del taller:

En el diagnóstico se pudo patentizar un vacío de conocimientos en las participantes relacionado con la alimentación durante el embarazo. Muchas de las informantes consideraron que para alimentarse adecuadamente en el embarazo es necesario comer en mayor cantidad o más veces al día, siguiendo una idea bastante difusa en el contexto cultural ecuatoriano que recomienda “comer por dos”.

En relación a este aspecto, en el marco teórico de esta investigación se realizó un análisis detallado de las necesidades de ingesta energética de la mujer embarazada. Bujaico, Del Pilar y Quintana (2014) manifiestan que la alimentación de la gestante es un aspecto fundamental, pues puede favorecer o desfavorecer el desarrollo tanto físico como neurológico del futuro bebé y la salud de la madre. Las autoras destacan que las necesidades alimenticias de la gestante aumentan de 285 kcal/ por día si la madre mantiene su actividad física normal, si la reduce, necesitará 200 kcal más por día. Las mismas autoras plantean que el aporte nutricional se deberá dividir de la siguiente manera: proteínas (10% y 25%), grasas (20% y 25%), carbohidratos(50% y 70%).

Además Bujaico et al. (2014) recomiendan el consumo de alimentos que aporten hierro y zinc, calcio, vitamina D y ácido fólico.

Se comprobó que las estudiantes que se convierten en madres necesitan conocer el aporte nutricional de cada uno de los alimentos a su disposición. En este sentido, es necesario recalcar

que el profesional que aborde este taller debe tener en cuenta de los alimentos que están al alcance de las estudiantes en el espacio geográfico en el que están inmersas y de acuerdo también a la realidad socioeconómica de las mismas. Para poner un ejemplo, sería inútil que se recomiende a las estudiantes consumir salmón y aceite de oliva debido a sus precios prohibitivos. Es necesario tener en cuenta que en el contexto andino existen diferentes alimentos saludables y energéticos, que a veces no son incorporados a la dieta por desconocimiento o por cuestiones de gustos.

Se considera que el profesional que vaya a dictar este taller pueda hablar de los beneficios de las diferentes familias de alimentos, pero también pueda llevar este taller a la práctica con la preparación de algunas recetas saludables.

Un último aspecto que no se puede descuidar en este taller, hace referencia a las recomendaciones de Carballo (2019):

Si comemos agitados, con preocupaciones o discutimos mientras comemos, lo más seguro es que la comida no nos sentará bien, por eso el estado en que comemos es casi tan importante como los alimentos que consumimos. Comer en silencio, masticando bien los alimentos, disfrutando de su sabor, tranquilamente, nos permite obtener el máximo beneficio de los nutrientes que hay en su interior, y nos produce un estado de bienestar, que en la madre embarazada se transmite al bebé. (p. 97)

Es importante subrayar la idea de Carballo (2019): no solo importa lo que comemos, sino también cómo comemos.

Resultado de aprendizaje:

Las futuras madres conocen los beneficios nutricionales de los diferentes tipos de alimentos, tienen una idea clara del aporte energético de cada uno de ellos, pueden prepararlos de manera saludable y comprenden la importancia de tener tiempos y espacios adecuados para consumir sus alimentos.

Profesional Responsable: Nutricionista especializado en la etapa prenatal/educadora prenatal.

Participantes: Estudiantes futuras madres, podrían participar los futuros padres.

Duración: 90 minutos.

Recursos:

Recursos humanos: Experiencia profesional del nutricionista y de la educadora prenatal. Experiencia propia de cada una de las estudiantes participantes.

Recursos materiales: Ambiente adecuado y recursos materiales para el desarrollo de la actividad prevista.

Bloque temático 2: Cuidados emocionales durante el embarazo.**5.7.4.4 Conferencia sobre cuidados emocionales durante el embarazo (C2).**

Objetivo: Establecer conciencia en las futuras madres y futuros padres participantes acerca de la importancia de la regulación emocional para el desarrollo del bebé intrauterino.

Estrategia: Conferencia.

Fundamentos y contenidos del taller:

Este programa apunta hacia una visión integral de la salud, que abarca un estado completo de bienestar físico, mental, emocional y social (Cfr. OMS, 2006). En este sentido, hablar de embarazo saludable significa tener en cuenta la experiencia tanto de la madre como del niño, en los niveles biológicos, psicológicos y sociales.

Los avances de las neurociencias, han permitido establecer una relación entre el estado emocional de la madre gestante y el desarrollo del futuro emocional del bebé intrauterino. En este sentido, en el diagnóstico realizado con las estudiantes de la UTC que vivieron su embarazo durante la formación académica, la mayoría manifestó que durante el embarazo, vivió situaciones difíciles que le generaron estados emocionales de miedo, preocupación, tristeza, sentido de soledad y hasta desesperación.

Melendo (2011) define una emoción como “el resultado de la relación o de la vinculación personal y completamente subjetiva que cada individuo establece con los otros y con la realidad que lo envuelve” (p.18). En este sentido, la autora clasifica a las emociones “negativas” como aquellas que producen estados desagradables en las personas (ira, miedo, ansiedad, tristeza, vergüenza, aversión) y “positivas”, aquellas que producen sensaciones agradables (alegría, amor, humor, felicidad).

Continuando con su análisis, la autora plantea una definición de bienestar emocional como “un sentimiento de predominio del afecto positivo sobre el negativo en la vida a lo largo del tiempo” (p.20). Muy importante, la autora define que las emociones, tanto positivas como negativas, se aprenden. Sustenta dicha afirmación con estudios del Hospital Universitario de Maastricht (Holanda), que han demostrado que el feto tiene y utiliza una memoria de corto plazo de 10 minutos y de largo plazo de 24 horas. La autora además, cita estudios realizados con animales

y personas, en los que se ha llegado a demostrar los efectos de las emociones negativas durante el embarazo sobre los niños:

el primer estudio con seres humanos que se hizo al respecto, empezó en Bristol, con 14.000 mujeres embarazadas a las que se les hizo un seguimiento. Se les midió su ansiedad durante el embarazo y se compararon las consecuencias del 15% de madres más ansiosas para el niño con el resto, observándose que ese 15% de madres más ansiosas duplicaba el riesgo de que el niño manifestara problemas de atención, déficit de atención y trastornos como la hiperactividad. (p.39)

Es por ello que la autora, citando a Carballo (2008), se atreve a afirmar que “La vida emocional de la madre es la vida emocional del hijo o de la hija que la habitan”.

De allí que se ha considerado importante que las estudiantes conozcan la importancia de trabajar sobre su autorregulación emocional, por el bienestar propio y de sus bebés. Con este fin se ha propuesto esta conferencia.

Resultado de aprendizaje:

Las futuras madres y futuros padres conocen la importancia de su regulación emocional para el desarrollo saludable del bebé intrauterino y su futuro emocional.

Profesional Responsable: Psicólogo perinatal/educadora prenatal

Participantes: Estudiantes futuras madres, podrían participar los futuros padres.

Duración: 90 minutos.

Recursos:

Recursos humanos: Experiencia profesional del psicólogo perinatal y de la educadora prenatal. Experiencia propia de cada una de las estudiantes participantes.

Recursos materiales: Ambiente adecuado para tratar el tema y para las necesidades propias del grupo. Recursos tecnológicos y opúsculos impresos que faciliten la exposición de los argumentos.

5.7.4.5 Taller de introducción al yoga prenatal (T3).

Objetivo: Brindar herramientas para mejorar la regulación emocional en las madres.

Estrategia: Taller

Fundamentos y contenidos del taller:

Se propone el yoga prenatal como una herramienta para favorecer la regulación emocional de la madre. En este caso es necesario considerar que, de acuerdo a Kranner (2019) el yoga prenatal se encuentra dentro de una visión holística de la salud, en la que se considera la unión del cuerpo, la mente y el espíritu.

Siguiendo a Muñoz (2016) “la palabra *yoga* deriva de la raíz sánscrita \sqrt{yuj} , que quiere decir, entre otras cosas, “unir, atar, preparar, alistar” (p. 467).

Muñoz (2016) plantea que “el yoga, en sentido genérico, comprende diferentes formas de yoga, y a menudo la diferencia entre estas formas no es del todo clara” (p. 468). En este sentido el autor menciona que la primera organización del yoga como método filosófico meditativo, se encuentra en el texto *Yoga-sūtra* de Patañjali del III siglo a.C. El estilo *hathayoga* sería una de

las formas más difundidas de yoga en el mundo occidental, siendo que el mismo Kranner (2019) señala que en este estilo se enmarcaría el yoga prenatal.

Ahora, es importante plantear la siguiente interrogante: ¿por qué practicar el yoga prenatal?

En primer lugar es posible plantear que Gong et al. (2015) realizan un metanálisis en el que se consideran seis estudios, con una muestra total de 375 mujeres, divididas en deprimidas y no deprimidas. El estudio llega a la conclusión de que el yoga puede disminuir los síntomas de la depresión prenatal, pero también es beneficioso para mujeres embarazadas no deprimidas.

Es necesario exponer que:

las prácticas de yoga prenatal funcionan como herramientas para lograr un autoconocimiento del cuerpo-mente-emociones, a partir del cual, el dolor puede ser calmado o atenuado. La forma en la que las mujeres se conectan con sus cuerpos-mentes-emociones en estas prácticas se basa en, principalmente, el “control de las energías”. Esto permite remarcar la idea de que el embarazo desborda el terreno de lo estrictamente corporal, físico o biológico, para abarcar las dimensiones de las emocionalidades y las sociabilidades de las mujeres en relación con esos cuerpos y esas mentes en transformación (Kranner, 2019, p.58)

Cómo se puede observar, el yoga prenatal se constituye en una práctica de autoconocimiento, tanto a nivel físico, como a nivel mental, emocional y social. La práctica del yoga o de actividades de meditación puede ayudar a la futura madre a encontrar una mejor conexión con sí misma, con su nueva realidad y con el bebé intrauterino.

Es evidente que si se define al yoga como una “práctica”, el ejercicio es el único camino a la experiencia. Existen personas que practican en sus vidas cotidianas el yoga y se mantienen en

ejercicio durante la gestación. Este no es el caso de las estudiantes que participarían en el programa formativo, por lo cual, se propone que el instructor de este taller pueda abordar la importancia y los beneficios del yoga prenatal. Si luego existe un número suficiente de interesadas, este taller podrá continuar en forma de laboratorio.

Resultado de aprendizaje:

Las futuras madres poseen herramientas para fortalecer un proceso de autoconocimiento integral (físico-mental-emocional-social) y autorregulación emocional.

Profesional Responsable: Entrenador de yoga prenatal/educadora prenatal

Participantes: Estudiantes futuras madres.

Duración: 90 minutos.

Recursos:

Recursos humanos: Experiencia profesional del entrenador de yoga prenatal y de la educadora prenatal. Experiencia propia de cada una de las estudiantes participantes.

Recursos materiales: Ambiente adecuado para tratar el tema y materiales informativos.

5.7.4.6 Taller de ejercicios de respiración en contacto con la naturaleza (T4).

Objetivo: Brindar herramientas para mejorar la regulación emocional en las madres.

Estrategia: Taller.

Fundamentos y contenidos del taller:

Como segunda herramienta para prevenir y/o reducir el estrés prenatal, se propone la realización de ejercicios de respiración en un contexto que permita el contacto con la naturaleza.

Velázquez (2018) manifiesta que la relajación, basada en técnicas de respiración, “reduce la tensión corporal y mental, proporciona una sensación de descanso y liberación de las preocupaciones (estrés), con la práctica se puede llegar a un estado de total relajación” (p.25).

En este sentido, la autora clasifica los ejercicios de respiración de la siguiente manera:

- Respiración abdominal: produce una relajación física y mental rápida por lo que es aconsejable en momentos de mucho estrés como el parto. Proporciona gran cantidad de oxígeno al feto.
- Respiración torácica: lleva gran cantidad de aire a los pulmones, aumentando el diámetro costal. Ayuda en el momento del parto.

De hecho, los ejercicios de respiración durante el embarazo se practican como técnica para combatir el estrés, y también ayudan a controlar el dolor en el momento del parto.

A los beneficios de los ejercicios de respiración se pretende incorporar el contacto con la naturaleza. En tal sentido, la autora Carballo (2019) plantea que:

los sonidos de la naturaleza nos producen un estado de bienestar y serenidad, que contribuyen para obtener un equilibrio mente-cuerpo, esenciales durante la gestación.

Desarrollar actitudes de respeto y amor hacia ella, en los padres y las madres hará que naturalmente el bebé se impregne de ello (p. 98).

En este sentido, el Campus principal de la Universidad Técnica de Cotopaxi se encuentra en la ciudad de Latacunga, en la provincia de Cotopaxi, ubicada en el centro del país. Desde

Latacunga se puede alcanzar con facilidad y en poco tiempo diferentes áreas naturales. Se sugiere que este taller se pueda realizar en el Parque Nacional Cotopaxi, ya que cuenta con una laguna, un amplio bosque y se encuentra a los pies del nevado de Cotopaxi, con lo cual se respira un aire bastante fresco (Ver ilustración 25). Además, desde la Universidad al Parque Nacional existe una distancia de 32 Km aproximadamente. Se puede solicitar el bus institucional para el transporte de las estudiantes embarazadas y los facilitadores del taller. Se recomienda que la visita pueda ser realizada en un día laboral para evitar la congestión de turistas o visitantes.

Las futuras madres que piensen contar con la compañía de sus parejas en el momento del parto, podrían invitarlos a este taller para que ellos también puedan identificar los tipos de respiración y sus beneficios.

Ilustración 28

Parque Nacional Cotopaxi – Ecuador.



Nota. <https://www.elcomercio.com/actualidad/parque-nacional-cotopaxi-visitas-coronavirus.html>.

Fecha de consulta: 24 de agosto, 2020

Resultado de aprendizaje:

Las futuras madres conocen técnicas de respiración orientadas a la relajación durante el periodo prenatal y también durante el parto.

Las futuras madres experimentan la importancia del contacto con la naturaleza para el bienestar emocional propio y de sus bebés intrauterinos.

Profesional Responsable: Psicóloga perinatal/Educadora prenatal

Participantes: Estudiantes futuras madres, podrían participar los futuros padres.

Duración: 90 minutos.

Recursos:

Recursos humanos: Experiencia profesional de la psicóloga perinatal y de la educadora prenatal. Experiencia propia de cada una de las estudiantes participantes.

Recursos materiales: Bus institucional.

Bloque temático 3: La relación con el bebé intrauterino.**5.7.4.7 Conferencia sobre la relación entre el bebé intrauterino y su primer contexto social (C3).**

Objetivo: Conocer la evolución del niño intrauterino y la construcción de sus estructuras emocionales y sociales.

Estrategia: Conferencia.

Fundamentos y contenidos de la conferencia:

Kornas-Biela (2014) determina en su estudio que el futuro bebé, desde el primer momento de su existencia, es parte activa dentro de una comunidad social conformada en primer lugar por la madre y el padre, y luego por todas las personas que los rodean. Es decir, el niño inicia a construir lazos sociales desde el primer momento de su existencia intrauterina.

En este sentido, en el diagnóstico que se elaboró con las estudiantes se les preguntó cómo fueron fomentando la relación con sus bebés intrauterinos. Pese a que algunas mencionaron que durante el embarazo hablaban con sus bebés, también que trataban de imaginarse cómo serían. Pero en algunas se pudo notar una dificultad a materializar la idea de sus bebés y por tanto a instaurar esa relación antes del nacimiento.

Hurtado, Cuadrado y Herrán (2015) citando a Odent (2017) plantean:

La capacidad de amar depende, en gran parte, de las experiencias fetales y de las experiencias en torno al nacimiento [...] Los estados emocionales de la mujer embarazada tienen efectos a largo plazo en la capacidad de amar del ser humano [...] No podremos cambiar la vida sin cambiar antes la manera de nacer (p. 157).

Los mismos autores realizan un recorrido en el que citan a otros autores como Nathanielsz y Vaughan (2002), Lipton (2008), Verny (2014), planteando que el vínculo afectivo que desarrolla el bebé intrauterino con su madre y su padre principalmente, influyen la arquitectura cerebral del infante y el futuro de sus conexiones neuronales, así como su desarrollo emocional y social.

En consecuencia, existe evidencia científica acerca de la necesidad de fomentar un vínculo parental positivo desde la concepción del embrión. Carballo (2019) plantea algunas estrategias para fortalecer esta relación temprana, entre ellas el poder de la imaginación de la madre, quien a través de imaginárselo con las mejores cualidades personales (amoroso, sano, bondadoso,

inteligente...) puede incidir positivamente en el subconsciente del niño intrauterino. En este sentido, cita a Paracelso (XVI) “La mujer es la artista y el hijo en su vientre el lienzo en la que ella pinta sus cuadros”.

Además Carballo (2019) menciona que cuando la madre habla con su bebé en el vientre, el niño puede no entender las palabras, pero capta el tono de la voz y, a través de él, el niño entenderá que es bien acogido y recibido en la familia, o lo contrario. Por la misma razón, la autora plantea que incluso cuando la madre viva algún tipo de adversidad, debe necesariamente ir explicando a su hijo lo que sucede, como una forma para tranquilizarlo.

Se pudo observar que las alumnas recibieron información en especial de sus ginecólogos sobre acciones orientadas a la estimulación temprana. Cabe aclarar en este punto, que en el marco teórico de esta investigación se justificó que el enfoque de este programa se apega a procesos de “educación natural” y se aleja de estas acciones de estimulación.

Con estos fundamentos, se considera importante que se trabaje con las y los estudiantes que están por convertirse en madres y padres, para que puedan conocer la importancia de ir generando y fortaleciendo la relación con sus bebés desde las etapas más tempranas de la gestación.

Como estrategias para este taller se puede sugerir la lectura del libro de Odent, “La científicación del amor” y también se puede visualizar una charla del autor a través del siguiente link:

<https://www.youtube.com/watch?v=CC4BGuNN5WI>

Resultado de aprendizaje:

Las futuras madres y los futuros padres conocen la importancia del desarrollo del vínculo afectivo con sus niños desde el vientre materno.

Profesional Responsable: Neuropediatra/educadora prenatal.

Participantes: Estudiantes futuras madres, podrían participar los futuros padres.

Duración: 90 minutos.

Recursos:

Recursos humanos: Experiencia profesional del neuropediatra y de la educadora prenatal. Experiencia propia de cada una de las estudiantes participantes.

Recursos materiales: Ambiente adecuado para tratar el tema y para las necesidades propias del grupo. Recursos tecnológicos y opúsculos impresos que faciliten la exposición de los argumentos.

5.7.4.8 Taller: Carta al bebé intrauterino (T5).

Objetivo: Fortalecer el vínculo entre la madre y el bebé intrauterino.

Estrategia: Taller

Fundamentos y contenidos del taller:

En la conferencia que antecede a este taller se determinó la importancia de ir generando y fomentando la relación con el bebé intrauterino desde los primeros momentos de la gestación. Sin embargo, una de las razones por las que resulta tan innovador hablar de una relación con el bebé intrauterino, es que hay cierta dificultad en la sociedad hacia el hecho de reconocer, visibilizar y materializar la idea de ese ser que está escondido en el vientre de la madre.

La escritura ha sido considerada por las ciencias pedagógicas y psicológicas, como un instrumento de autodescubrimiento. Es así que un investigador italiano profundamente dedicado

a los procesos autobiográficos como es Demetrio (1999), plantea que escribir de uno mismo tiene un valor pedagógico pues “Al margen del placer o la tristeza de las evocaciones, el recuerdo es una conquista mental que consiste en aprender de uno mismo y en aprender a vivir volviendo a vivir, de un modo ya no tan espontáneo sino más bien construido, meditado, razonado” (p. 60).

Sin embargo, en este taller la escritura quiere llevar hacia la creatividad de poder construir en la mente y el corazón de la madre, una primera imagen de su bebé. Para lo cual se quieren retomar las reflexiones de Carballo (2019) quien plantea, sobre la creatividad de la mujer gestante que “la sensibilidad de la madre está exacerbada y su creatividad puede ser desarrollada, amplificadas, estimulada para su propio bien y el del bebé” (p.96). Continuando con su argumentación expresa “todas las imágenes en las que se concentre, cree y mantenga, trabajarán en su futuro hijo/a” (p.96).

En este sentido, se propone que en este taller la educadora prenatal pueda orientar a las estudiantes que están embarazadas, a escribir una carta dirigida a sus bebés intrauterinos. Esto, en primera instancia, incentiva a la madre a intentar imaginar y visibilizar a ese ser que llevan dentro. Además, intenta establecer un nexo con el bebé para poder expresarle pensamientos, sentimientos, emociones, proyectos, ilusiones, etc.

Sería importante que esta actividad se desarrolle en un espacio abierto y que al momento de sentarse a escribir, las estudiantes puedan apartarse unos momentos para gozar de un espacio de mayor intimidad, que les permita ensimismarse y buscar en su interior lo que quieren expresarle a sus hijos. Para esto podría ser necesario salir de las instalaciones de la Universidad, para la cual se podría volver a solicitar hacer uso del bus institucional.

Además sería favorable que la educadora prenatal pueda entregar a las alumnas unas hojas de papel de características particulares, adecuadas para la redacción de una carta, que también podría favorecer la creatividad de la madre.

En un momento posterior, se invitará a las madres a buscar un momento y un lugar de tranquilidad y soledad, se les recomendará que sea un lugar con poca luz y si fuera posible, que pueda haber una suave melodía de fondo, y en este contexto se dispongan a leer la carta a sus bebés en voz alta. Se considera que a partir de este primer dialogo escrito y leído, la madre pueda tomar el hábito de entablar conversaciones con su bebé intrauterino. Cómo plantea la misma autora Carballo (2019) hablar con el bebé hace que el niño entienda que es esperado y amado, lo que estimula su deseo de vivir. La investigadora plantea que este dialogo puede ser acompañado de caricias en el vientre, que potencia la comunicación entre la madre y el bebé.

Se considera importante que este taller sea guiado por la educadora prenatal, puesto que se trata de una actividad que moverá profundamente la emotividad de las madres y es posible que puedan necesitar ser contenidas. Por lo cual, se considera que la educadora prenatal es la figura más cercana en todo este proceso.

Resultado de aprendizaje:

Las futuras madres pueden visibilizar una imagen (autocreada) de sus bebés intrauterinos y a partir de esta imagen, entablan un diálogo temprano con sus hijos.

Profesional Responsable: Educadora prenatal

Participantes: Estudiantes futuras madres.

Duración: 90 minutos.

Recursos:

Recursos materiales: Ambiente abierto. Papel de carta. Bus institucional.

5.7.4.9 Taller: Nanas/ Canciones para arrullar bebés (T6).

Objetivo: Fortalecer el vínculo entre la madre y el bebé intrauterino.

Estrategia: Taller

Fundamentos y contenidos del taller:

Para hablar de la práctica del canto en el embarazo, es menester decir que:

La música es sonido, el sonido es vibración, la vibración es energía que se transmite en forma de ondas que llegan a nuestro oído y de él al cerebro. Pueden ser de diferente naturaleza: agradables, desagradables, excitantes, tranquilizadoras, etc... En definitiva, transmiten un mensaje (Lácarcel, 2003, p. 215).

La misma autora plantea que el oído es el más cualificado de los estímulos sensoriales cerebrales, puesto que envía al cerebro el 50% de los estímulos.

Además, la autora considerada plantea que, el aspecto rítmico de la música se relaciona con la parte de la actividad física del cuerpo humano y por lo tanto con la zona bulbar del cerebro. De la misma manera, la música se relaciona con la parte emocional del ser humano localizada en el diencefalo y finalmente se relaciona también con la parte intelectual, localizada a nivel cortical. Es decir, la actividad musical relaciona todas las funciones del cerebro humano.

Retomando las reflexiones de Carballo (2019), la autora plantea que pese a que hace tiempo se había relacionado la música con efectos benéficos durante el embarazo, recientemente

científicos de la Universidad de Helsinki han confirmado que los sonidos agradables reducen la presión arterial, aumentan la inmunidad y disminuyen la ansiedad.

Continuando con el análisis, Lacárcel (2003) habla del canto y dice:

La melodía cantada contiene una fuerza propulsiva que despierta nuestra actividad motriz y emocional, propiciando sentimientos de gran diversidad. Constituye un lenguaje emotivo y afectivo, pudiendo modificar el estado de ánimo de un sujeto. Es fuente de alegría, serenidad y un sin fin de sentimientos que producen satisfacción y autorrealización (p.225).

Mientras que Camara (2004) afirma que:

cantar es una conducta extraordinariamente genuina de la especie humana y una de las formas más antiguas de expresión. Además, está al alcance de todos, dignifica al pueblo que lo practica y ayuda a construir y a desarrollar una importante base cultural (p.4).

Cómo se observa en el criterio de las autoras mencionadas, el canto involucra aspectos motrices, emocionales, sociales y culturales.

En el marco teórico, cuando se analizó el desarrollo del bebé, se mencionó que el oído se desarrolla entre la semana 20 y 25. En este sentido, se puede concluir que a través del canto, el cuerpo de la madre se convierte en un instrumento que puede producir sonidos que llegan al bebé intrauterino. Estos sonidos, cómo se infiere del análisis anterior, estimularán su desarrollo integral y fortalecerán el vínculo materno-infantil.

El canto es una práctica que puede ser desarrollada a nivel profesional. Sin embargo, ese no es el objetivo de este taller. El objetivo de este taller es que las madres conozcan el poder del canto

para llegar a sus bebés intrauterinos y que a través del aprendizaje de algunas nanas o canciones de cuna, puedan iniciar a utilizar este canal para fortalecer ese vínculo.

Por esto, se recomienda que el taller sea llevado a cabo por un maestro de música que podría ayudarse de un piano, en conjunto con la educadora prenatal, para que la clase no se centre únicamente en aspectos técnicos, sino vaya enfocada al objetivo integral de este taller. Se considera incluso, que si esta actividad despierta el interés de las madres, pudiera extenderse a manera de un laboratorio optativo por algunas sesiones más.

Retomando la dimensión cultural del canto mencionada por Camara (2004), se considera que las nanas o canciones de cuna seleccionadas pertenezcan a un repertorio relacionado con el contexto propio ecuatoriano, puesto que esto fortalecerá la afinidad de la madre, recordándole quizá aspectos de su infancia y hará que estas melodías puedan ser aprendidas con una mayor facilidad.

Finalmente, pero no menos importante, hay que considerar que el canto está profundamente relacionado con la respiración, puesto que como lo plantea Gustems (2007) "El funcionamiento del aparato vocal puede asimilarse al de un aerófono, un instrumento de viento. Como tal, está compuesto de un fuelle, un vibrador y un resonador" (p.1). De acuerdo al autor, cantar implica una actividad de control de la respiración, en la que se ejercitan la respiración clavicular, intercostal y la costo-abdominal. En los talleres anteriores ya se mencionó los beneficios de ejercitar la respiración tanto para combatir el estrés prenatal como para enfrentar el dolor en el parto.

Resultado de aprendizaje:

Las futuras madres conocen el beneficio del canto para desarrollar el vínculo afectivo con el bebé intrauterino y disponen de un repertorio de nanas y canciones de cuna para cantar a sus bebés durante el embarazo y en el postparto

Profesional Responsable: Maestro de canto/Educadora prenatal

Participantes: Estudiantes futuras madres.

Duración: 90 minutos.

Recursos:

Recursos humanos: Experiencia profesional del profesor/a de canto y de la educadora prenatal. Experiencias propias de cada una de las participantes.

Recursos materiales: Sala de música con pianoforte. Textos impresos de las canciones de cuna seleccionadas por el maestro de música y la educadora prenatal.

Bloque temático 4: El parto respetado y empoderado.**5.7.4.10 Conferencia el parto respetado y empoderado (C4).**

Objetivo: Brindar el conocimiento necesario para que las alumnas puedan empoderarse de su proceso de parto y hacer respetar sus derechos y los de sus niños.

Estrategia: Conferencia

Fundamentos y contenidos de la conferencia:

Odent quien lleva aproximadamente 30 años investigando el proceso de nacimiento, al inicio de su texto “El bebé es un mamífero”, desarrolla un análisis que él mismo define utópico. Allí hipotetiza que si se cambiara la forma de nacer, tomando conciencia de la necesidad de regresar a reconocer el parto como un proceso natural que debe ser perturbado lo menos posible, si se redujeran las intervenciones innecesarias, en resumen, si se respetara más esta experiencia de la madre y del niño, probablemente en veinte años se podrían observar cambios sustanciales en la humanidad.

En esta conferencia se hace énfasis en dos adjetivos que definen a la experiencia del parto: “respetado” y “empoderado”.

Hablar de parto respetado siguiendo las reflexiones de Odent (2009), significa que debe ser un proceso lo menos perturbado posible. En este sentido, los partos en la actualidad se llevan a cabo en contextos medicalizados, llenos de aparatos electrónicos cuyo uso, según Odent, no garantiza menores niveles de mortalidad materno-infantil y llenos de profesionales irrumpiendo de manera poco cautelosa en los procesos.

Sin embargo, cabe señalar que hablar de parto respetado no significa oponerse a los avances de las ciencias médicas, pues es contradictorio que con respecto a la atención institucionalizada del parto “en los países desarrollados, en donde estas prácticas se han convertido en habituales, se está empezando a cuestionar el valor de estos grados tan altos de intervencionismo. Al mismo tiempo, los países en desarrollo están intentando que toda mujer tenga acceso a un parto seguro” (Organización Mundial de la Salud, 1996, p. 1). Hablar por lo tanto de parto respetado, significa reducir las intervenciones externas al mínimo, privilegiando siempre la seguridad, pero también la experiencia propia que viven la madre y el niño.

Por otro lado, para entender el significado de empoderamiento en el proceso de parto, es posible seguir nuevamente las argumentaciones de Odent (2009) cuando plantea que la medicina ha creado la idea de que la mujer debe “aprender a dar a luz” (p.23) y que los cursos prenatales están orientados a ello. El médico francés considera que este pensamiento se debe a la falta de comprensión del parto como un proceso fisiológico, muchas veces involuntario, que “pone en juego estructuras arcaicas, primitivas, mamíferas del cerebro” (p.23). Por lo tanto, hablar de parto empoderado significa en primer lugar entender al nacimiento como un proceso fisiológico natural, y por otro lado, confiar en el conocimiento propio del cuerpo de la mujer para llevar adelante el proceso.

En este sentido, es importante indicar que en el Ecuador existen dos propuestas de ley que buscan garantizar la experiencia del nacimiento, pero que se han quedado a nivel de propuestas:

- La primera “Proyecto de Ley Orgánica de Parto Humanizado” presentada por la ex-asambleísta Gabriela Rivadeneira, el 15 de marzo de 2016.
- La segunda “Proyecto de Ley de Práctica Intercultural para el Parto Humanizado en el Sistema Nacional de Salud”, presentada por la ex-asambleísta Lourdes Tibán, el 15 de marzo de 2016.

Sin embargo, lo que el Ministerio de Salud tiene actualmente en vigencia son políticas para el “Parto respetuoso, en libre posición y con pertinencia intercultural”. El mismo ministerio reconoce que solo se cuenta con 76 salas a nivel nacional para atender el parto en estas características y que estas salas cuentan con el 40% de la infraestructura necesaria (página web del Ministerio de Salud Pública, consultada el 29 de agosto del 2020).

En el diagnóstico se pudo evidenciar que no existe en Ecuador uniformidad de prácticas sobre el parto. La experiencia de las alumnas varió en dependencia en las que fueron atendidas, bien

sea en un sub-centro médico, en un hospital o en una clínica. Según su propio testimonio, en algunos casos fueron víctimas de violencia física y/o psicológica por parte del personal de salud, también mencionaron que la falta de conocimiento sobre sus derechos y los de sus hijos no les permitió alcanzar una experiencia empoderada. Se puede concluir que las casas de salud, en cuanto a los partos, están orientadas a modelos en ocasiones tecnocráticos, en ocasiones holísticos o naturales. Depende de la suerte de cada mujer, de su capacidad de discernir elementos claves para alcanzar una experiencia respetada y empoderada, e incluso de sus posibilidades económicas para poder elegir adecuadamente dónde y cómo tener a sus hijos.

En función de la revisión teórica realizada, pero también de acuerdo al ordenamiento legal ecuatoriana y a las opciones que ofrece el contexto, se han llegado a establecer algunos derechos importantes que la madre debe conocer y poder ejercer:

- A ser tratada como persona sana, protagonista en su cuerpo y en su parto.
- A estar acompañada (o no) por una persona de su confianza y elección durante el parto.
- A recibir un trato personalizado que garantice su intimidad durante el parto.
- A un parto que garantice el respeto por los procesos naturales y por las condiciones culturales y creencias ancestrales de cada mujer.
- A la libertad de posición.
- A servicios de salud seguros, de calidad y calidez.
- A no ser sometidas a ninguna práctica o intervención injustificada y sin la información y el consentimiento previo.
- A ser informada sobre los beneficios de la lactancia materna.
- A ser informada sobre el desarrollo del parto.
- A tener a su lado a su hijo o hija, salvo el caso de que este requiera de cuidados especiales y en este último caso, a la internación conjunta.

- A recibir información en su propia lengua.
- A tener acceso continuo a su hijo o hija, mientras las condiciones de salud lo permitan.
- A conservar su vestimenta, a condición de que esté limpia.

Se considera de mucha importancia que las jóvenes futuras madres puedan conocer estos aspectos, así como tener un mapa de las instituciones de salud y sus servicios, para poder decidir de una manera libre, pero consciente, sobre el proceso de parto que quieren llevar. También se podría recomendar la elección de un centro que tenga la certificación ESAMyN (Establecimiento Amigo de la Madre y el Niño), de acuerdo a las orientaciones de la OMS.

En consideración de todos estos aspectos, este taller debería ser dictado por una obstetra que practique estos principios, acompañada por la educadora prenatal.

En los casos en los que la educadora prenatal y la estudiante determinen que el padre del niño es la figura que acompañará a la futura madre durante el parto, sería muy importante que él pueda participar de este taller para alcanzar los mismos aprendizajes en relación al proceso.

Resultado de aprendizaje:

Las futuras madres conocen sus derechos como madres y los de sus hijos para el proceso de parto, distinguen la oferta de las diferentes casas de salud y deciden de manera libre y consciente donde y como tener a sus hijos.

Los futuros padres conocen como acompañar a sus parejas en un parto respetado y empoderado.

Profesional Responsable: Obstetra/Educadora prenatal

Participantes: Estudiantes futuras madres, podrían participar los futuros padres.

Duración: 90 minutos.

Recursos:

Recursos humanos: Experiencias profesionales y personales de la obstetra y la educadora prenatal. Experiencia propia de cada una de las estudiantes participantes.

Recursos materiales: Ambiente adecuado para llevar a cabo el conversatorio. Opúsculos y materiales impresos informativos. Recursos tecnológicos considerados por los facilitadores.

5.7.4.11 Taller: El acompañamiento personal o profesional durante el parto (T7).

Objetivo: Socializar herramientas para enfrentar el parto.

Estrategia: Taller

Fundamentos y contenidos del taller:

En la conferencia sobre parto respetado y empoderado, se hizo énfasis en el hecho que este evento debe ser lo menos perturbado, contrariamente a lo que sucede en los ambientes hospitalizados.

En este sentido, Odent (2009) indica que en algunos países europeos, específicamente en Inglaterra, un grupo de mujeres inicia a buscar conocimientos diferentes sobre el parto y la maternidad, menos técnicos y más relacionados con la experiencia propia de mujeres que se denominan “childbirth educators” o “educadoras del nacimiento”. El autor indica que:

Estas mujeres no tienen ninguna titulación, después de haber dado a luz a sus propios hijos sienten la necesidad de compartir su experiencia como madres con otras mujeres y organizan encuentros, muchas veces en sus propias casas (...) Los planteamientos de

muchas de ellas corresponderían actualmente más bien al concepto de educación que al de preparación o enseñanza (p.24).

Odent (2009) plantea también un ejemplo muy concreto de la función de esta persona que acompaña, cuando en las primeras páginas de su libro, una mujer que había dado a luz con el acompañamiento de una comadrona plantea:

En un determinado momento del trabajo de parto, vomitó, y la comadrona únicamente dijo: “a mí me ocurrió cuando tuve a mi segundo bebé, es normal”. Sin embargo, aunque no lo recuerda con claridad, está convencida de que este prudente comentario, como un cariñoso susurro, facilitó el progreso del trabajo de parto. Gracias a que la presencia de la comadrona era como la de una madre experimentada y tranquila, ella se sintió completamente segura (p.16).

Estos planteamientos de Odent introducen muy bien la idea de acompañamiento al parto que se quiere dar en este taller. No se trata de congestionar el proceso con número mayor de espectadores, sino de hacer respetar el derecho de cada madre a elegir una persona que sea para ella fuente de seguridad durante el proceso. En países europeos, normalmente la primera figura de elección para acompañar el parto es el padre del niño. Dado que en el diagnóstico se observó que existe una participación mínima de la pareja de la estudiante, las alumnas plantearon que estuvieron solas o acompañadas por sus madres. Esto se relacionó a que en Ecuador, el nacimiento sigue siendo considerado en la experiencia de las personas como una “cosa de mujeres”.

Odent (2009) hace énfasis en que para que este acompañamiento tenga carácter educativo y no técnico o intelectual, se requiere que la persona designada para acompañar la experiencia del parto sea a su vez una madre que ha vivido anteriormente esa experiencia. En este sentido, las

madres de las alumnas podrían jugar este rol. Aunque existe una figura profesional que cumple con esas características y en Ecuador es posible encontrarla, esta persona se denomina “doula”.

Serrano y Bosisio (2018) plantean que “El término doula deriva etimológicamente de una palabra griega que significa “sirviente” (ICEA, 1999) y fue utilizado por primera vez por Raphael (1973) para describir a una mujer que proporcionaba atención en el posparto” (p.403). Los estudios revisados por las autoras apuntan a que las madres que tuvieron este tipo de acompañamiento vieron beneficios en el desarrollo del trabajo de parto.

En este sentido, en este taller se quiere preparar a las estudiantes a elegir la posibilidad de estar acompañadas durante el proceso y a discernir entre dos tipos de acompañamiento educativo: el de una familiar mujer o el de una profesional del nacimiento como es la “doula”. En este taller sería importante también que las madres tomen conciencia sobre la importancia del nacimiento y los primeros momentos de vida del bebé, para la instauración del vínculo materno-paterno-filial. Y quienes así lo consideren, puedan optar por permitir a los padres de los niños participar en este proceso. Finalmente la decisión debe ser de la mujer, por lo que a este taller no se invitaría a los futuros padres para garantizar que ellas puedan elegir en libertad.

Resultado de aprendizaje:

Las futuras madres conocen su derecho a estar acompañadas durante el parto por una figura de libre elección y toman una decisión consciente al respecto.

Profesional Responsable: Doula/Educadora prenatal

Participantes: Estudiantes futuras madres.

Duración: 90 minutos.

Recursos:

Recursos humanos: Experiencias profesionales y personales de la doula y la educadora prenatal. Experiencia propia de cada una de las estudiantes participantes.

Recursos materiales: Ambiente adecuado para llevar a cabo el conversatorio. Opúsculos y materiales impresos informativos. Recursos tecnológicos considerados por los facilitadores.

5.7.4.12 Taller: La primera hora de vida del bebé (T8).

Objetivo: Comprender la importancia de la primera hora de vida del bebé.

Estrategia: Taller

Fundamentos y contenidos del taller:

En el marco teórico de esta investigación se presentó una argumentación sobre la importancia de la primera hora de vida del bebé, para ello se consideró a varios autores.

Jové (2009), citando al ginecólogo Campbell, describe la gestación como el mejor periodo de la vida del ser humano, pues se encuentra en un entorno protegido: “un lugar en el que no existe el hambre, ni el frío, ni el calor, ni la soledad” (p. 18). Es por ello que la autora recalca la importancia de que los cuidados a la pareja madre-niño, no sean nunca realizados por separados desde la primera hora de vida del neonato. La autora señala que el contacto piel a piel en los primeros momentos de vida favorece:

- La regulación térmica del bebé
- La reducción del llanto

- El bebé es colonizado por las bacterias de la madre e impide que otros gérmenes patógenos puedan causarle infecciones.
- La reducción del estrés del recién nacido.
- Favorece la lactancia.
- Favorece la creación del vínculo afectivo madre-hijo.

En este punto es importante volver a citar a Odent (2009) quien habla de un periodo “crítico” inmediato al nacimiento. Desde el punto de vista hormonal el autor menciona que durante el parto la mujer secreta un “cóctel de hormonas del amor” que condicionan de manera profunda la capacidad del ser humano de amar y amarse. Durante la primera hora del nacimiento, la madre y el niño no han eliminado aún esas hormonas y cada una de estas juega un papel fundamental en la interacción que se establece entre ambos. Finalmente afirman que, desde el punto de vista epidemiológico los estudios denominados como “Salud primal” han relacionado el entorno perinatal con el futuro de la salud física y emocional de los seres humanos.

En este taller es importante que las madres conozcan la importancia de que en la primera hora de vida de sus bebés y en las horas posteriores al nacimiento, ellas no sean separadas nunca de sus hijos y exijan ese derecho. Así como un estado de consciencia sobre la criticidad de estos momentos, hará que las alumnas estén predispuestas a aprovechar de este tiempo para reforzar el vínculo con sus bebés y den inicio al proceso de lactancia. Todo esto en relación a que en el diagnóstico se evidenciaron falencias entorno a estos puntos.

Independientemente de que los padres vayan a ingresar al parto o no, sería importante trabajar para que puedan participar de este taller y de los primeros momentos de vida del bebé que son claves para el desarrollo del vínculo filial. Sería importante insistir en el derecho del niño a sus vínculos parentales independientemente de las relaciones conyugales o de pareja.

Resultado de aprendizaje:

Las futuras madres conocen la importancia de las primeras horas de vida de sus bebés para el desarrollo del vínculo afectivo con sus hijos, así como la influencia que pueden tener estos momentos en la futura salud física y psicológica de sus hijos y en la posibilidad de alcanzar una lactancia exitosa.

Profesional Responsable: Psicólogo perinatal/Educadora prenatal

Participantes: Estudiantes futuras madres, futuros padres.

Duración: 90 minutos.

Recursos:

Recursos humanos: Experiencias profesionales del psicólogo perinatal y la educadora prenatal. Experiencia propia de cada una de las estudiantes participantes.

Recursos materiales: Ambiente adecuado para llevar a cabo el conversatorio. Opúsculos y materiales impresos informativos. Recursos tecnológicos considerados por los facilitadores.

Bloque temático 5: Lactancia materna.**5.7.4.13 Conferencia sobre la lactancia materna (C5).**

Objetivo: Fomentar la lactancia materna en consideración de los beneficios que tiene para la salud física y emocional, tanto de la madre como del niño.

Estrategia: Conferencia

Fundamentos y contenidos de la conferencia:

En 1993 la OMS emite una guía para capacitadores en consejerías para la lactancia materna, cuyo título original es “Breastfeeding counselling: A training course. Trainer’s Guide”. Uno de los primeros temas abordados por este material de capacitación es el de las ventajas de la lactancia materna, señalándose entre ellas:

- ✓ Le leche materna contiene exactamente los nutrientes que el bebé necesita;
- ✓ La leche materna se digiere fácilmente y el cuerpo del bebé la utiliza eficazmente;
- ✓ La leche materna protege al bebé contra las infecciones.
- ✓ Cuesta menos que la alimentación artificial;
- ✓ Ayuda a la madre y a su bebé a establecer un buen vínculo afectivo, es decir, a desarrollar una relación de cariño muy estrecha entre ellos;
- ✓ Ayuda al desarrollo del bebé;
- ✓ Puede ayudar a retrasar un nuevo embarazo;
- ✓ Protege la salud de la madre: Ayuda al útero a recobrar su tamaño previo y reduce el riesgo de sufrir cáncer de mama.

Además, en la web de la OMS se pueden leer las siguientes recomendaciones:

- que la lactancia se inicie en la primera hora de vida;
- que el lactante solo reciba leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua, durante los primeros 6 meses de vida, y la lactancia se complemente con otros alimentos hasta los dos años de edad;
- que la lactancia se haga a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche;
- que no se utilicen biberones, tetinas ni chupetes.

(http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/ consulta realizada el 20/06/2018)

La leche que produce la madre en los primeros días de vida se denomina calostro. La guía de la OMS sobre la lactancia materna señala que se trata de una leche más espesa y amarillenta, caracterizada por un mayor contenido proteico. Además, Gavilanes, Manjarrez, Cravioto (2002), demuestran que el calostro humano es rico de inmunoglobulina sIgA y fagocitos, lo que contribuye a proteger a los recién nacidos de infecciones gastrointestinales y respiratorias. La leche materna va cambiando de conformidad al crecimiento del niño y a sus necesidades alimenticias.

López (2018), llega a concluir que la lactancia prolongada ha demostrado sus beneficios en cuanto al efecto protector de la lactancia frente a la obesidad o el sobrepeso, buenos resultados en test de inteligencia, aumenta el grado de protección frente a diferentes tipos de cáncer, prevención de caries, diabetes y alergias. En este sentido, se ha evidenciado que mantener una lactancia prolongada pone las bases para un futuro saludable del niño.

La OMS recomienda que el niño sea alimentado exclusivamente con leche materna durante los seis primeros meses de vida y a partir de ello se complementa la alimentación introduciendo el resto de los alimentos. La OMS sugiere que el destete se realice aproximadamente a los dos años de vida. Se debería abordar el tema del destete, para que cuando la madre tome la decisión de destetar a su niño lo haga de la manera más respetuosa posible y que esta experiencia sea lo menos traumática posible, tanto para la madre, como para el bebé.

Cabe señalar que a pesar que en Ecuador se llevan a cabo numerosas campañas publicitarias sobre la importancia de la lactancia materna, muy pocas de las participantes del estudio diagnóstico tuvieron una lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida del bebé y

complementaria prolongada al menos hasta los 2 años de sus hijos. A nivel general, se nota una disminución en los índices de lactancia exclusiva y prolongada.

También podría incorporarse en este punto que para sostener la lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, la madre, especialmente si estudiante o trabajadora, requiere la colaboración de su entorno social. En primer lugar para instaurar un buen proceso de lactancia la madre debe estar bien alimentada, debe poder descansar lo suficiente y dedicar el tiempo que su niño requiera para alimentarse. Entonces la madre necesita estar atendida y cuidada por personas que puedan ayudarla quitándole otras tareas y garantizando su alimentación y descanso. Por otro lado, si la madre tuviera que alejarse de su hijo antes de los seis meses de vida, es importante que pueda extraerse la leche para que pueda ser suministrada al niño por la persona que quede a su cargo. En este sentido, si los futuros padres pueden participar de este proceso, sería importante que participen en esta conferencia para que tomen conciencia de la importancia de su función.

Resultado de aprendizaje:

Las alumnas futuras madres conocen la importancia de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida y complementaria prolongada al menos hasta los dos años de edad del niño.

Profesional Responsable: Asesora de lactancia materna/Educadora prenatal

Participantes: Estudiantes futuras madres, podrían participar los futuros padres.

Duración: 90 minutos.

Recursos:

Recursos humanos: Experiencias profesionales de la asesora de lactancia materna y la educadora prenatal. Experiencia propia de cada una de las estudiantes participantes.

Recursos materiales: Ambiente adecuado para llevar a cabo el conversatorio. Opúsculos y materiales impresos informativos. Recursos tecnológicos considerados por los facilitadores.

5.7.4.14 Taller sobre lactancia materna sin dolor (T9).

Objetivo: Fomentar una técnica adecuada que facilite la lactancia materna.

Estrategia: Taller.

Fundamentación y contenidos del taller:

En el diagnóstico, casi todas las estudiantes participantes plantearon el recuerdo de la lactancia como una experiencia dolorosa. Las alumnas recuerdan sus pezones agrietados mientras los niños succionaban una mezcla de leche y sangre.

Antonio Ferrer (2015) plantea que en la lactancia pueden surgir dos tipos de problemas:

1. La obstrucción de un conducto lácteo surge por un vaciado defectuoso o ineficaz, se manifiesta como un bulto doloroso y enrojecimiento de la piel, sin fiebre ni otros síntomas. El tratamiento es similar a la ingurgitación, aumentando la frecuencia de las tomas (ofreciendo primero el lado sano) y aplicando calor local (p.247).
2. La mastitis consiste en una inflamación de uno o varios lóbulos de la mama que puede acompañarse o no de infección. Se manifiesta por dolor intenso y signos inflamatorios, suele acompañarse de síntomas generales. La infección no se transmite al lactar, por lo

que no debe suspenderse la lactancia materna. El tratamiento consiste en: aplicar calor local antes de las tomas, masajear el pecho, aumentar la frecuencia de las tomas, extracción manual o con sacaleches al final de la toma y aplicar frío entre tomas. Se debe tomar una muestra de leche y realizar un cultivo para identificar el agente causal y el tratamiento de elección (p.247).

En cuanto a la técnica esta autora menciona que hay que tener en cuenta el agarre y la posición.

El agarre:

Para un buen agarre, es importante que todo el cuerpo del recién nacido esté de frente a la madre, con la cabeza bien alineada al pecho. Hay que introducir gran parte de la areola en la boca del niño. Para saber que la postura es correcta, la barriga del niño debe contactar con la de la madre, posición de ombligo con ombligo, la boca debe estar abierta, el labio inferior hacia fuera, las mejillas aplanadas cuando succiona (no hundidas) y la nariz y el mentón pegados al pecho. No es aconsejable que la madre separe con los dedos la nariz de la mama ni que haga maniobras de “pinza” con el pecho. Hay que evitar que el recién nacido tire del pezón a fin de evitar la aparición de grietas (p.245).

En cuanto a la posición indica que hay varias para considerar:

1. Posición de crianza biológica. Más indicada los primeros días o cuando haya problemas de agarre, la madre si sitúa recostada boca arriba y el bebé boca abajo. Se desarrollan los reflejos de búsqueda y gateo (p.245).
2. Posición sentada. Puede ser más cómoda con elevación de los pies. El tronco del bebé debe estar de frente y pegado al de la madre, que sujetará con la mano su espalda apoyando la cabeza en el antebrazo (p.245).

3. Posición acostada. La madre se sitúa acostada de lado, con el bebé también acostado de lado. Cómodo para las tomas nocturnas (p.245).
4. Posición invertida o balón de rugby. Con el niño por debajo de la axila de la madre, con las piernas hacia atrás y la cabeza a nivel del pecho. Cómodo para amamantar gemelos o prematuros (p.245).
5. Posición de caballito. Estando la madre sentada, se sitúa el bebé sobre una de las piernas y contactando el abdomen del bebé con el de la madre. Puede ser útil, en el caso de: grietas, reflujo gastroesofágico importante, prematuros, labio leporino, mandíbula pequeña y problemas de hipotonía (p.245).

En este sentido, para evitar los problemas manifestados por las estudiantes, que complicaron sus procesos de lactancia, es importante que reciban una adecuada formación sobre la técnica para la lactancia. Para el taller se podría utilizar cojines de lactancia y muñecos que permitan que la explicación sea más explicativa.

Resultado de aprendizaje:

Las alumnas futuras madres han entendido la técnica adecuada para que la lactancia sea un proceso satisfactorio tanto para los bebés como para ellas.

Profesional Responsable: Asesora de lactancia materna.

Participantes: Estudiantes futuras madres.

Duración: 90 minutos.

Recursos:

Recursos humanos: Experiencias profesionales de la asesora de lactancia materna. Experiencia propia de cada una de las estudiantes participantes.

Recursos materiales: Ambiente adecuado para llevar a cabo el conversatorio. Cojines y muñecos para simular la técnica. Opúsculos y materiales impresos informativos. Recursos tecnológicos considerados por los facilitadores.

5.7.4.15 Taller sobre el banco de leche materna (T10).

Objetivo: Fomentar en las alumnas el conocimiento sobre técnicas de extracción y conservación de la leche materna.

Estrategia: Taller.

Fundamentación y contenidos del taller:

En el diagnóstico elaborado con las estudiantes que se habían convertido en madres durante su formación académica en la UTC, varias de ellas plantearon que el regreso precoz a las actividades académicas y el distanciamiento por horas de sus bebés, había obstruido el proceso de lactancia materna exclusiva y habían tenido que recurrir a suplementos artificiales. Algunas madres mencionaron que se extraían la leche antes de salir de casa, pero ninguna mencionó que lo hiciera entre las horas clase que pasaba alejada de su bebé. Se evidencia de esta manera una ausencia de conocimiento acerca de las posibilidades de extraer y conservar la leche materna como técnica que permita a las alumnas mantener la lactancia, pese a sus obligaciones académicas.

En épocas anteriores, la mujer normalmente ocupaba un espacio doméstico, por lo que no se veía obligada a separarse de sus hijos recién nacidos, lo cual garantizaba procesos de lactancia exclusiva y a demanda. En la sociedad actual las mujeres están presentes en todos los ámbitos

de la vida social y, además de sus responsabilidades domésticas, cumplen con responsabilidades profesionales, sociales y académicas. Es por ello, que últimamente se ha visto surgir *slogans* que hacen referencia a que la lactancia materna se puede combinar con el trabajo y, por qué no, con el estudio.

Aunque en la entrevista realizada a la Directora del Departamento de Bienestar Estudiantil de la Universidad se mencionó que existe un proyecto para la creación de un lactario en la institución, se considera que para aprovechar de este espacio, cuando sea una realidad, se requiere que las alumnas estén informadas sobre la importancia de la extracción de la leche, así como de los cuidados para su conservación. Por otro lado, en las recomendaciones finales de este trabajo se pondrán en consideración algunos aspectos que la UTC deberá tener en cuenta para la creación e implementación del lactario.

Aguirre et al. (2017), indican que la extracción de leche es una práctica que facilita la lactancia exclusiva en madres que por cualquier razón deben separarse por horas de sus bebés. Esta práctica requiere de técnica para ser realizada correctamente, manteniendo estándares de higiene y evitando lesiones en la piel de la madre. La extracción de leche puede ser un proceso manual o mecánico (cuando se usa el soporte de un sacaleches).

La extracción manual, se debe realizar siguiendo a Aguirre et al. (2017) de la siguiente manera:

- El pulgar y los dos primeros dedos deben ubicarse entre 2.5 y 4 cm detrás del pezón, en forma de "C".
- Hacer presión en el seno hacia la pared torácica sin retirar los dedos.
- Bordear el pezón con el pulgar haciendo movimientos.
- Al mismo tiempo, presionar el dedo del corazón al índice.

- Girar el pulgar y los dedos del corazón e índice para extraer la leche de los demás depósitos (p.30).

Se menciona que esta técnica facilita la extracción puesto que simula los movimientos de la lengua y los labios del bebé. Sin embargo, en la actualidad existen varios soportes tecnológicos que facilitan el proceso, por ejemplo, dispositivos eléctricos de extracción que hacen que sea un proceso más rápido y totalmente exento de dolor.

Continuando con las recomendaciones de Aguirre et al. (2017), la leche debe ser almacenada en contenedores estériles y se debe etiquetar la fecha de la extracción. Si las alumnas van a dejar la leche en un refrigerador del lactario, es importante que etiqueten sus nombres.

La investigadora indica que la leche materna puede ser conservada:

- A temperatura ambiente (entre 10° y 29°) de tres a cuatro horas.
- Si la leche es congelada puede durar hasta tres meses. Una vez que se requiera utilizarla, no se debe calentar por sobre los 40°, de lo contrario perderá sus propiedades enzimáticas.

Si la leche va a ser suministrada al bebé en menos de tres o cuatro horas, la madre o el cuidador que quede a cargo del bebé puede guardarla a contacto con su piel y mantendrá la temperatura adecuada para el momento de servirla al niño.

Finalmente cabe mencionar que la leche materna extraída, puede ser utilizada mezclada con los primeros alimentos que se proporcionan al bebé cuando se inicia la alimentación complementaria. Esto hará que el bebé pueda aceptar mejor el sabor de los nuevos alimentos propuestos.

Es necesario considerar que la leche materna es mucho más beneficiosa para el bebé que cualquier otro alimento artificial y que además, es mucho más económica.

Sería importante que si los futuros padres son las figuras que van a ocuparse de los niños en ausencia de las madres, ellos puedan conocer como conservar y suministrar la leche materna a través de este taller.

Resultado de aprendizaje:

Las alumnas futuras madres conocen la importancia de la extracción y conservación de la leche materna para garantizar la lactancia exclusiva en los primeros 6 meses de vida de los bebés.

Profesional Responsable: Asesora de lactancia materna.

Participantes: Estudiantes futuras madres. Podrían asistir los futuros padres.

Duración: 90 minutos.

Recursos:

Recursos humanos: Experiencias profesionales de la asesora de lactancia materna.
Experiencia propia de cada una de las estudiantes participantes.

Recursos materiales: Se requiere que la UTC implemente el lactario, que debe ser un ambiente tranquilo, que cuente con asientos cómodos para las madres, extractores eléctricos de leche materna, contenedores estériles, material para etiquetar la leche extraída, un refrigerador y un lavabo.

Bloque temático 6: El periodo de exterogestación.

5.7.4.16 Conferencia sobre el desarrollo bio-psico-social del niño durante la exterogestación (C6).

Objetivo: Fortalecer el conocimiento sobre la salud integral infantil en los primeros 6 meses de vida.

Estrategia: Conferencia

Fundamentación y contenidos de la conferencia:

En el grupo focal y las historias de vida realizadas con las estudiantes que se convirtieron en madres durante su proceso de formación académica en la UTC, las participantes expresaron emociones positivas relacionadas con el desarrollo y los descubrimientos de sus bebés. Sin embargo, también plantearon incerteza y preocupación ante enfermedades normales que enfrentan los niños en el primer año de vida, ante el llanto y la dificultad de entender las necesidades de sus hijos.

En este sentido, en el marco teórico de esta investigación se tuvo en cuenta la consideración de Jové, R. (2009) quien manifiesta que los primeros seis meses el bebé tiene un nivel alto de dependencia de su madre, por lo que denomina esta etapa como “exterogestación”, definida ésta como un tiempo en el que el cuerpo de la madre garantiza la satisfacción de la mayor parte de necesidades bio-psico-sociales del niño.

Para fortalecer la seguridad personal de las futuras madres sobre sus capacidades de atender a sus hijos, se propone un taller que pueda ser conducido por un pediatra y que este profesional diera orientaciones relacionadas con:

- La importancia de la lactancia exclusiva y de libre demanda durante los primeros 6 meses de vida.
- La importancia de la lactancia complementaria prolongada,
- La introducción de alimentos en la alimentación complementaria.
- Controles del niño sano.
- Esquema de vacunas.
- Enfermedades comunes de los niños recién nacidos y atención a las mismas.
- Principales aprendizajes en los 6 primeros meses de vida.

Es clave, en este taller, la selección del profesional que lo impartirá, para asegurarse que las indicaciones que ofrezca se mantengan en relación con los principios de educación natural y respetuosa que guían este programa formativo, y que fortalezca en las madres la seguridad en sus propias capacidades de intuición acerca de las necesidades de sus bebés.

A este taller sería importante la participación de los futuros padres.

Resultado de aprendizaje:

Las alumnas futuras madres tienen conocimientos generales sobre el desarrollo de sus bebés en los primeros 6 meses de vida y fortalecen la seguridad sobre sus capacidades para atender a sus bebés.

Profesional Responsable: Pediatra/Educadora prenatal

Participantes: Estudiantes futuras madres, podrían participar los futuros padres.

Duración: 90 minutos.

Recursos:

Recursos humanos: Experiencias profesionales del/ de la pediatra y de la educadora prenatal. Experiencia propia de cada una de las estudiantes participantes.

Recursos materiales: Ambiente adecuado para llevar a cabo el conversatorio. Opúsculos y materiales impresos informativos. Recursos tecnológicos considerados por los facilitadores.

5.7.4.17 Taller sobre crianza respetuosa en los primeros seis meses de vida (T11).

Objetivo: Fomentar un modelo de crianza basado en el respeto y el vínculo.

Estrategia: Taller.

Fundamentación y contenidos del taller:

Un resultado importante del diagnóstico realizado permitió establecer que para la elección de sus estilos de crianza y educación, las estudiantes se basaron principalmente en los modelos que recibieron de sus familiares y de su entorno. Este se consideró un dato preocupante ya que Ecuador es una sociedad en la que se existen altos niveles de violencia infantil.

En este programa se quiere poner a disposición de las alumnas modelos de educación respetuosos, basados en el vínculo y el apego seguro entre el niño y sus cuidadores de referencia, en este caso sus madres.

Los primeros en investigar el apego seguro y sus beneficios para el desarrollo del niño fueron Bowlby y Ainsworth, en el siglo pasado. Desde ahí muchos investigadores se han demostrado que esta relación temprana, si está bien fundamentada, tiene efectos positivos en diversas áreas del desarrollo infantil: emocional, cognitivo, psicomotor, verbal, etc.

La psicología y las neurociencias, han establecido que el vínculo materno infantil tiene sus bases desde la vida intrauterina, y que los primeros momentos de vida son indispensables para el desarrollo adecuado del mismo:

Primero la madre observa a su recién nacido ojo a ojo. El niño responde concentrando la mirada en su madre. Luego comienza a tocarlo delicadamente y de manera progresiva, comenzando generalmente por las manitos, luego los pies y finalmente el resto del cuerpo. La madre le habla suavemente con voz de tonalidad alta. El RN responde con algunos movimientos tenues de cara y manos; esto confirma a la madre que el niño está atento y en comunicación directa con ella. El niño llora. El llanto erecta los pezones maternos y estimula a las hormonas prolactina y oxitocina. Se produce una sincronía entre el lenguaje materno, cadencioso y los movimientos del niño. La madre lleva al RN al pezón y éste lo frota hasta que emerge la primera gota de calostro, plena de linfocitos T, linfocitos B y macrófagos, que entregan al niño la clave de los anticuerpos a formar, para defenderse de la flora bacteriana de la piel materna. Estos primeros momentos e interacciones son primordiales en el inicio del apego (Pinto, 2007, p. 99).

En este taller el objetivo sería socializar con las estudiantes algunos elementos que pueden favorecer un apego seguro entre la madre y el niño. Entre ellos está sin duda la lactancia materna, de la que ya se han expuesto los beneficios en talleres y seminarios anteriores.

Por otro lado se consideró el porteo y el contacto piel con piel. En talleres anteriores se vio que el contacto piel con piel inmediato al nacimiento del niño tiene beneficios en el primer encuentro entre el niño y las bacterias presentes en el mundo exterior a la placenta. El estudio de Ortiz, Carrillo y Gutierrez (2006) observó el método canguro en relación al apego madre-hijo y se encontraron beneficios en los siguientes aspectos de su relación: mayor reciprocidad en sus

interacciones, mejor sensibilidad y prontitud en la respuesta ante las necesidades del bebé, bebés presentan conductas que revelan mayor seguridad en la relación con sus madres. El estudio de Lantarón (2014) demuestra además que la práctica de poner al bebé piel con piel los primeros cincuenta minutos posteriores al nacimiento, favorece el inicio de la lactancia materna.

Además, se sugirió la práctica del colecho. Rodríguez, Miranda y Navío (2013) establecen los siguientes beneficios: favorece y facilita la lactancia materna, en especial por las noches, sincroniza el sueño de la madre y del niño y disminuye el riesgo de las apneas del sueño, disminuye las tasas de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante, respecto a los niños que duermen en habitaciones separadas, el contacto con la madre brinda mayor estabilidad cardiorrespiratoria y oxigenación, mejor termorregulación y menor llanto, potencia el vínculo afectivo entre los padres y el niño. En el diagnóstico se observó que la mayor parte de las estudiantes practicó el colecho, pero es importante que se socialicen algunas medidas de seguridad para que pueda ser realizado de mejor manera.

Otro aspecto que mencionaron las alumnas en el diagnóstico fue que el llanto del bebé en ocasiones les producía desesperación. Frente a ello la “Declaración sobre el llanto de los bebés”, documento firmado y respaldado por varios sectores profesionales (médicos, pediatras, ginecólogos, psicólogos, psicoterapeutas, matronas, enfermeras, pedagogos, maestros, investigadores, colectivos y asociaciones), determina que los bebés lloran siempre por algo que les produce malestar: sueño, miedo, hambre, o la falta del contacto físico con su madre u otras personas del entorno afectivo. En este sentido, este taller debe orientar a las futuras madres a conectarse con las necesidades de sus hijos, para poder calmarlos, y no como se aconseja desde algunos sectores tradicionalistas, dejar llorar al niño sin atender sus necesidades.

Finalmente, en el marco teórico y en el diagnóstico, se resaltó la importancia que las madres puedan quedarse un tiempo adecuado luego del nacimiento con sus bebés. Lamentablemente, la normativa actual de la UTC obliga a las estudiantes a retomar sus actividades una semana después del parto, lo que violenta totalmente todos los principios que aquí se han expuesto. Por lo que en la parte final de esta propuesta se establecerán algunas recomendaciones para la institución.

Hasta aquí se han expuesto algunos puntos importantes para la crianza en los primeros 6 meses de vida, porque se ha delimitado este programa en esos tiempos. Esto no es óbice para que el facilitador de este taller decida ampliarlo con aspectos relacionados a la educación de los niños más allá de la etapa de la exterogestación.

En el marco teórico de la investigación se planteó una tabla relacionada con las etapas del desarrollo psicomotor del niño en los primeros nueve meses de vida. Podría presentarse esta información de manera general, pero la conferencia debería ir enfocada hacia ir acompañando respetuosamente los primeros aprendizajes del niño. Es decir, generar las condiciones para que estos aprendizajes puedan ser desarrollados, pero siempre respetando los tiempos individuales de cada niño.

En este sentido es importante mencionar a la investigadora austriaca Emmi Pikler (1902-1984), quien determina diez fases que atraviesa el niño entre la postura dorsal y la marcha. Lo innovador es que la pediatra propone que se permita al niño desarrollar la motricidad con libertad pero generando algunas condiciones en el entorno: "la organización autónoma de la actividad postural se presenta como una puesta en relación de las fuerzas físicas que operan sobre el cuerpo del niño, en función de los estímulos del entorno" (García y González, 2009, p.2). Este enfoque se

denomina “ Desarrollo Motor y Postural Autónomo” y podría ser profundizado en esta conferencia.

A este taller sería muy importante que asistan los futuros padres para que se empapen de las prácticas relacionadas con la educación respetuosa y para el vínculo seguro.

Resultado de aprendizaje:

Las alumnas futuras madres conocen modelos y técnicas para desarrollar una educación respetuosa y fortalecer el vínculo materno-infantil.

Profesional Responsable: Educadora prenatal.

Participantes: Estudiantes futuras madres, podrían participar los futuros padres.

Duración: 90 minutos.

Recursos:

Recursos humanos: Experiencias profesionales de educadora prenatal. Experiencia propia de cada una de las estudiantes participantes.

Recursos materiales: Ambiente adecuado para llevar a cabo el conversatorio. Opúsculos y materiales impresos informativos. Recursos tecnológicos considerados por los facilitadores.

5.7.4.18 Taller de autoayuda entre madres universitarias experimentadas y futuras madres universitarias (T12).

Objetivo: Compartir experiencias personales que puedan ayudar a enfrentar la maternidad en el contexto universitario.

Estrategia: Taller.

Fundamentación y contenidos del taller:

En el diagnóstico, las estudiantes se mostraron muy interesadas al proyecto que se está elaborando, tanto que mencionaron que les gustaría participar para con su experiencia, contribuir en el proceso de formación de las alumnas que estaban por convertirse en madres. Ellas mencionaron que cuando estaban embarazadas, les habría gustado poder recibir un espacio de apoyo y de formación en la universidad y que en este espacio se pudiera contar con otras madres, puesto que ellas consideraron que no se puede conocer en profundidad la experiencia de la maternidad si no se la ha vivido en la propia piel.

Esto se alinea muchísimo con los planteamientos de Odent (2009) sobre las “educadoras prenatales” que basan su conocimiento en sus propias experiencias y lo comparten con otras madres que prefieren prepararse a la maternidad con un proceso menos intelectual y más vivencial. Razón por la cual buscan ayuda en otras madres experimentadas y aprenden de ellas.

En el diagnóstico se pudo apreciar que, por las características de la familia ecuatoriana, las madres tuvieron esa red de apoyo de figuras femeninas familiares. Pero la diferencia es que las estudiantes que ya fueron madres pueden contribuir ese conocimiento relacionado con la maternidad en el contexto universitario.

Por tal razón, se considera que la educadora prenatal se ponga en contacto con tres o cuatro estudiantes que hayan sido madres anteriormente y las invite para este taller. En un primer momento las estudiantes madres experimentadas podrían contar libremente sus experiencias. A partir de ello, se incentivaría a un intercambio en el que las estudiantes futuras madres puedan

preguntar libremente o expresar preocupaciones relacionadas con la vida universitaria y la maternidad.

Este encuentro estaría moderado siempre por la presencia de la educadora prenatal, que como se dijo, debe a su vez ser una madre experimentada.

Resultado de aprendizaje:

Las alumnas futuras madres adquieren de las estudiantes madres universitarias anécdotas y vivencias sobre el compatibilizar la maternidad con la vida universitaria.

Profesional Responsable: Educadora prenatal/Estudiantes madres experimentadas.

Duración: 90 minutos.

Recursos:

Recursos humanos: Experiencias profesionales de las estudiantes madres experimentadas y de la educadora prenatal. Experiencia propia de cada una de las estudiantes participantes.

Recursos materiales: Ambiente adecuado para llevar a cabo el conversatorio.

5.7.5 Laboratorios:

Algunas de las temáticas abordadas en las conferencias y talleres propuestos hasta este momento pueden ser solo introducidos en el tiempo establecido para la conferencia o taller. Se propone entonces laboratorios opcionales de tres sesiones adicionales, en el que las alumnas tengan la oportunidad de tomar adicionalmente si disponen del tiempo necesario.

Estos laboratorios serían:

- Ejercicio físico durante el embarazo.
- Yoga prenatal.
- Canto.
- Alimentación complementaria a partir de los 6 meses de vida del niño.
- Actividades artísticas como: elaboración del ajuar del bebé.

Para que estos laboratorios se lleven a cabo, se debería considerar un número mínimo de participantes representativo para pagar al profesional que lo va a impartir.

5.8 Perfil de salida del los participantes.

La finalidad del programa formativo de educación prenatal, para el parto y posnatal es conseguir, a través del acompañamiento educativo y la formación en los temas seleccionados, que los futuros padres y las futuras madres se conviertan en padres y madres empoderados en sus procesos de paternidad y maternidad, logrando equilibrar de manera adecuada las responsabilidades de la vida académica universitaria con las responsabilidades familiares.

5.9 Orientaciones pedagógicas y administrativas externas al programa formativo para la Universidad Técnica de Cotopaxi:

En este numeral se considerarán otros aspectos que no entran en el programa formativo *per se*, pero que la Institución debería considerar. Estos se detallan a continuación.

En primer lugar, se sugiere que la Universidad Técnica de Cotopaxi pueda fortalecer las acciones educativas y formativas destinadas a la prevención de embarazos no deseados. Si bien el programa formativo está destinado a las alumnas que ya se encuentran embarazadas y que deciden tener a sus hijos, en el diagnóstico se determinó que las alumnas no planificaron embarazarse y que en un primer momento rechazaron la situación. El número de embarazos

cada año en la UTC es comparativamente alto y los estudiantes deberían estar informados sobre las dificultades que conlleva conciliar la maternidad/paternidad con el estudio universitario.

Así pues, es conveniente que la UTC fortalezca procesos de educación orientados a la concientización de los y las estudiantes hacia la paternidad/maternidad planificada, deseada y buscada con amor y con responsabilidad. Es importante, respetando los derechos sexuales y reproductivos de los estudiantes, trabajar para construir la idea del acto de concepción como un acto de amor deseado que no se traduzca en angustias y preocupaciones, sino en un acto de acoger con alegría y con todas las condiciones necesarias a una nueva vida. En ocasiones se entiende por planificación familiar solo la distribución de contraceptivos e información sobre los mismos. Este programa hace énfasis en todo momento sobre el poder de la educación, por lo que se recomienda a la UTC fortalecer el trabajo educativo en este sentido.

En segundo lugar, se recomienda a la UTC capacitar a sus docentes sobre el trato respetuoso e inclusivo de las estudiantes gestantes, puesto que en el diagnóstico las participantes evidenciaron índices de discriminación que estaban relacionados sobre todo con el personal docente. Esta capacitación debería enmarcarse en los derechos sexuales y reproductivos de las personas, que en Ecuador están regidos por el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017 – 2021, elaborado por el Ministerio de Salud. En este documento se propone:

(...) una reflexión y transformación del adultocentrismo existente en la sociedad, y que se reconozca la capacidad de adolescentes, jóvenes y personas adultas mayores para tomar decisiones adecuadas sobre su vida sexual. Pero también implica la comprensión de la sexualidad como una dimensión que forma parte del desarrollo humano integral, durante todos los ciclos de vida (p.18).

Otro elemento fundamental que se evidenció en el diagnóstico es que las alumnas tienen un permiso muy corto luego del parto, debiendo retomar sus actividades académicas 8 días después si tuvieron un parto normal y 15 días después si tuvieron parto por cesárea. Se pudo observar que en ocasiones las alumnas decidieron retirarse y postergar la consecución de sus estudios para no separarse de sus bebés y en otras ocasiones retornaron a sus estudios, pero esto repercutió sobre el proceso de lactancia materna.

Se considera que la Universidad Técnica de Cotopaxi debe buscar alternativas basadas en adaptaciones curriculares que permitan a las estudiantes permanecer con sus hijos por lo menos los mismos tres meses a los que tienen derecho las madres trabajadoras o, en el mejor de los casos, los 6 meses de la lactancia exclusiva, sin tener que suspender o postergar sus metas académicas. Siendo que el Covid-19 ha impuesto a las universidades adaptar sus currículos de la noche a la mañana, buscando otras formas de poder educar y formar basadas en tecnologías en línea, bien se pudiera ofrecer esta alternativa a las madres gestantes, parturientas y lactantes.

Además se considera importante que la UTC pueda impulsar un diálogo interinstitucional con otras universidades para que el tema de la educación prenatal a nivel de la educación superior pueda extenderse a nivel nacional y fortalecerse.

Finalmente, la Universidad tiene hace tiempo el proyecto de construir un lactario y abrir una guardería universitaria. Estos proyectos no se han llevado a cabo hasta este momento por las dificultades económicas que atraviesan las instituciones de educación públicas. Se sugiere vivamente a la UTC acelerar los procesos de implementación de estos dos servicios que facilitarían mucho la vida académica de las estudiantes madres y garantizarían su permanencia.

5.10 Conclusiones del capítulo.

Este programa formativo representa una respuesta directa a las necesidades educativas de las estudiantes que se convierten en madres durante su formación académica en la Universidad Técnica de Cotopaxi, de acuerdo con los principales resultados obtenidos en el diagnóstico. Además, responde a un enfoque teórico que intenta rescatar la naturalidad de los eventos relacionados con la gestación, el nacimiento y el puerperio. Este enfoque también privilegia el valor de las experiencias humanas y las acciones educativas enfocadas hacia el fortalecimiento de un vínculo parental positivo, como primera relación educativa del ser humano, que condiciona su salud física, social y emocional.

Por estas razones se ha desarrollado un programa compuesto fundamentalmente por dos elementos: por un lado, el acompañamiento educativo permanente de la educadora prenatal, como figura que ofrece conocimiento, contención y orientación durante las tres etapas consideradas; por otro lado, se ofrece un ciclo de conferencias y talleres destinados a fortalecer en las estudiantes futuras madres y, en los casos en los que sea posible, de los futuros padres, la conciencia sobre la importancia de las primeras experiencias que vive el niño intrauterino y el recién nacido, para su salud física, social y emocional.

La fase final de este estudio comprende la validación de la propuesta de programa formativo, por expertos de diferentes áreas del conocimiento afines a los temas tratados, para garantizar la pertinencia de los contenidos, metodología y estrategias propuestas.

Capítulo 6: Validación del programa.

6.1 Introducción metodológica.

La última fase de esta investigación comprende la Validación de la Propuesta utilizando el Método Delphi.

El método Delphi es:

una técnica de recogida de información que permite obtener la opinión de un grupo de expertos a través de la consulta reiterada. Esta técnica, de carácter cualitativo, es recomendable cuando no se dispone de información suficiente para la toma de decisiones o es necesario, para nuestra investigación, recoger opiniones consensuadas y representativas de un colectivo de individuos (Reguant & Torrado, 2016, p. 87).

Este método fue utilizado por primera vez en Estados Unidos en 1963 para obtener información sobre estrategias de defensa ante una posible guerra nuclear. A partir de ese momento se ha utilizado en ciencias médicas, administrativas y comerciales, y más recientemente en las ciencias sociales y educativas.

Este método es muy útil cuando, como en el caso de esta investigación “no existe información disponible o con la que se cuenta es insuficiente, y con este método se puede extraer la información que posea cada participante” (Cabero & Alfonso, 2014, p. 3).

Cabero y Alfonso (2014), citando a Webler (1991) manifiestan que “es la técnica que mejor se adapta a la exploración de elementos que supongan una mezcla de evidencia científica y valores sociales” (p.5).

Las principales características del Método Delphi, según Rodríguez yValdeorila (2009), son las siguientes: se trata de un método “iterativo”, puesto que los participantes “emiten su opinión en

varias oportunidades” (p. 91); se debe mantener el anonimato de las respuestas; el investigador controla el feedback analizando las respuestas y produciendo una nueva consulta; los resultados se procesan estadísticamente.

Cabero e Infante (2014) manifiestan que una investigación con Método Delphi debe seguir un procedimiento marcado por las siguientes fases:

1. “Formulación del problema, identificación del objetivo para el cual se lleva a cabo el estudio, formulación de las preguntas que se le realizarían a los expertos, y determinación del número de vueltas que se llevarán a cabo. Las preguntas deben ser precisas, cuantificables, e independientes” (p.7).
2. “Determinación de los criterios para la selección de los expertos” (p.7).
3. “Elección de los expertos” (p.7).
4. “Desarrollo práctico-realización de las diferentes vueltas” (p.8).
5. “Explotación de resultados, y elaboración del informe” (p.8).

El problema y las preguntas de la investigación se formularán en torno a la validación del programa formativo. Siguiendo a Rodríguez y Valldeorila (2009), el número de participantes suele oscilar entre los 6 y los 30. Además, deben seleccionarse primando la calidad antes que la cantidad, para lo cual se considerarán investigadores participantes a grupos de investigación sobre educación y pedagogía prenatal. El número de rondas de consulta dependerá de las que sean necesarias para obtener un consenso/disenso aceptable sobre los temas consultados.

Finalmente, para la exposición de los resultados, se combinó la técnica del “Ábaco de Regnier” que utiliza la técnica de los tres colores (verde, naranja y rojo) para permitir una mejor visualización de los resultados de la encuesta.

6.2 Formulación del problema, objetivos y criterios a evaluar.

El primer paso para la aplicación del método Delphi para la validación por expertos del programa formativo consiste en determinar el problema, los objetivos y los criterios para el proceso de validación.

6.2.1 Problema:

¿El “Programa formativo para la educación prenatal, para el parto y posnatal, en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador” presenta adecuados contenidos, metodología y estrategias para una posible aplicación en el contexto para el cual ha sido diseñado?

6.2.2 Objetivo:

Determinar la validez de la propuesta de “Programa formativo para la educación prenatal, para el parto y posnatal, en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador” en relación al contexto para el cual ha sido diseñado.

6.2.3 Criterios:

Pertinencia de los contenidos, metodología y estrategia del “Programa formativo para la educación prenatal, para el parto y posnatal, en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador”.

6.3 Selección de los expertos.

Los aportes metodológicos considerados indican que para la validación con método Delphi se deben considerar de 6 a 30 expertos, haciendo primar la calidad de los perfiles profesionales, sobre la cantidad.

Para seleccionar los expertos validadores es necesario tener en cuenta que la propuesta diseñada, pese a ser una propuesta directamente relacionada con el ámbito educativo, tiene

contenidos desarrollados a partir de diferentes áreas del conocimiento humano. Por lo que, en vez de establecer criterios de exclusión e inclusión que normalicen los perfiles profesionales seleccionados, se propone considerar a expertos con diferentes competencias y experiencias, que puedan enriquecer el trabajo desde los diversos puntos de vista que ofrecen sus perfiles.

En este sentido, se consideraron a los siguientes expertos:

Tabla 34

Expertos validadores.

| EXPERTOS VALIDADORES | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|-------------|---|--|-----------|
| N. | EXPERTO | PAÍS | PERFIL | AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL | DE |
| 1. | Ph.D. Carmen Andrés Viloria | España | <p>Doctora en Ciencias de la Educación por la Universidad Autónoma de Madrid.</p> <p>Posgrado en Orientación Familiar en la Universidad de Valladolid.</p> <p>Posgrado en Psicodiagnóstico y tratamiento en Atención Temprana en la Universidad de Comillas.</p> <p>Profesora Titular de la Universidad Autónoma de Madrid.</p> | No responde | |
| 2. | Ph.D. Pilar Cuevas Gutiez | España | <p>Doctora en "La Atención Temprana y su conexión con la educación infantil".</p> <p>Profesora Titular de la Universidad Complutense de Madrid.</p> | No responde | |
| 3. | Ph.D. Carmen Carballo Basadre | España | Profesora de arte del Ministerio de Educación. | 39 | |

| | | | | | |
|----|---------------------------------------|---------|--|---|--|
| | | | | Presidenta de la Asociación Nacional de Educación Prenatal de España. | |
| 4. | Lic. Manuel Hurtado Hernández | España | Secretario General de la Asociación Nacional de Educación Prenatal de España. | 20 | |
| 5. | Ph.D. Agueda Gómez Cinta | España | Profesora del Departamento de Educación de la Universidad de Huelva. | No responde | |
| 6. | Mg.C. Yolanda Paola Gallardo Defaz | Ecuador | Lic. En Ciencias de la Educación. Especialización Parvularia, Magister en Ciencias de la Educación Mención Educación Parvularia. 13 Años de experiencia laboral en educación de la primera infancia. Coordinadora de la Maestría en Educación Inicial de la Universidad Técnica de Cotopaxi. Directora de la Carrera de Educación Inicial de la Universidad Técnica de Cotopaxi. Mamá | 13 | |
| 7. | Ph.D. Gloria Susana Vizcaíno Cárdenas | Ecuador | Lic. En Educación Magister en Docencia Universitaria y Administración Educativa Máster en Ciencias de la Educación mención Planeamiento de Instituciones de Educación Superior. Ph.D. en Administración Estratégica de empresas. Investigadora de la línea "Género y conocimiento" | 20 | |

| | | | | | |
|-----|--|---------|--|---|----|
| | | | | Docente de la Universidad Técnica de Cotopaxi Directora de Planeamiento de la Universidad Técnica de Cotopaxi Mamá | |
| 8. | Dra. Nancy Cleotilde Cueva Almeida | Ecuador | | Doctor en medicina y cirugía. Universidad Central del Ecuador. Especialidad en Pediatría. Universidad Central del Ecuador. Años de experiencia. | 20 |
| 9. | Dra. Dora Yessenia Jaramillo Zapater | Ecuador | | Obstetriz. Universidad Central del Ecuador. Años de experiencia. | 18 |
| 10. | Ph.D. Antonio Salvador Jimenez Hernández | España | | Maestro de Educación Primaria. Doctor en Psicopedagogía Investigador de derechos de la infancia Presidente del Consejo Independiente de Protección de la Infancia. | 15 |
| 11. | Ms.C. María Dolores De Las Mercedes Collaguazo Loachamin | Ecuador | | Obstetriz Magister en Gestión de Servicios Hospitalarios | 30 |

Nota. Agnese Bosisio/Investigadora

6.4 Diseño y aplicación del instrumento de validación por expertos.

Para desarrollar la validación de conformidad al problema, objetivos y criterios establecidos se diseñó un cuestionario que contiene: datos de la investigación y del investigador, datos del

experto, diez preguntas cerradas con escala Likert (alto, medio, bajo), un espacio para que el experto pueda emitir observaciones y la firma del experto.

El instrumento diseñado se encuentra en los Anexos de esta investigación.

Los 11 expertos considerados fueron contactados via correo electrónico, se les hizo llegar una carta de presentación personal de la investigadora, una breve exposición de la investigación, un resumen de los resultados del diagnóstico, el programa formativo y el instrumento para la evaluación del mismo.

Se planteó un espacio de 30 días hábiles para recibir las respuestas.

Una vez recibidas las respuestas se procedió al análisis de las mismas.

6.5 Informe y análisis de resultados de la validación del “Programa formativo para la educación prenatal, para el parto y posnatal, en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador”.

6.5.1 Análisis de resultados individuales de cada experto en la primera ronda.

Tabla 35*Análisis de respuestas del experto 3 primera ronda.*

| Análisis de respuestas del experto 3 primera ronda. | | | |
|--|-------------|--------------|-------------|
| Experto: Carmen Carballo Basadre | | | |
| Perfil: Educadora Prenatal | | | |
| Indicador | Alto | Medio | Bajo |
| 1.El título del documento es adecuado. | X | | |
| 2.El texto presenta una introducción clara y precisa sobre los objetivos y problemas que se abordan en el documento. | X | | |
| 3.Los objetivos responden de manera adecuada al problema planteado y guardan relación con el resto del documento. | X | | |
| 4.Se han expuesto de manera adecuada los enfoques pedagógicos que orientan la estructuración del documento. | X | | |
| 5.El documento está debidamente estructurado y argumentado en relación con las prácticas de la disciplina a la que pertenece. | X | | |
| 6.La escritura presenta las calidades esperadas para el nivel de formación (apropiada redacción, léxico, ortografía, claridad conceptual, etc.). Las referencias bibliográficas cumplen con las normas requeridas (APA 7ma edición). | X | | |
| 7. Las conclusiones del documento tienen coherencia con los objetivos y la estructura del documento. | X | | |
| 8. La extensión del texto es adecuada en función de la complejidad del tema, los objetivos y el público lector. | X | | |
| 9. El material analizado constituye un aporte válido, vigente y relevante. La originalidad de los aportes y reflexiones del autor le confieren un valor agregado al material. | X | | |
| 10. El programa formativo es aplicable al contexto para el cual ha sido diseñado. | X | | |
| Observaciones: | | | |
| Creo que es una iniciativa muy importante y necesaria, que se puede ampliar y complementar con la preparación de todos los jóvenes, para asumir la responsabilidad de la paternidad – maternidad, introduciendo en el sistema educativo los conocimientos sobre la importancia de la Educación Prenatal. | | | |

Nota. Agnese Bosisio/Investigadora

Tabla 36*Análisis de respuestas del experto 4 primera ronda.*

| Análisis de respuestas del experto 4 primera ronda. | | | |
|--|-------------|--------------|-------------|
| Experto: Manuel Hurtado Fernández | | | |
| Perfil: Educador Prenatal | | | |
| Indicador | Alto | Medio | Bajo |
| 1.El título del documento es adecuado. | X | | |
| 2.El texto presenta una introducción clara y precisa sobre los objetivos y problemas que se abordan en el documento. | X | | |
| 3.Los objetivos responden de manera adecuada al problema planteado y guardan relación con el resto del documento. | X | | |
| 4.Se han expuesto de manera adecuada los enfoques pedagógicos que orientan la estructuración del documento. | X | | |
| 5.El documento está debidamente estructurado y argumentado en relación con las prácticas de la disciplina a la que pertenece. | X | | |
| 6.La escritura presenta las calidades esperadas para el nivel de formación (apropiada redacción, léxico, ortografía, claridad conceptual, etc.). Las referencias bibliográficas cumplen con las normas requeridas (APA 7ma edición). | X | | |
| 7. Las conclusiones del documento tienen coherencia con los objetivos y la estructura del documento. | | X | |
| 8. La extensión del texto es adecuada en función de la complejidad del tema, los objetivos y el público lector. | X | | |
| 9. El material analizado constituye un aporte válido, vigente y relevante. La originalidad de los aportes y reflexiones del autor le confieren un valor agregado al material. | X | | |
| 10. El programa formativo es aplicable al contexto para el cual ha sido diseñado. | X | | |
| Observaciones: No estoy familiarizado con las normas APA 7ª edición, por lo que no puedo pronunciarme acerca de si las referencias bibliográficas cumplen con dichas normas. En las conclusiones quizás convendría mencionar dos importantes enfoques del Programa de los que se habla en el apartado 8.4: el “enfoque de tribu” y la “parentalidad positiva”. | | | |

Nota. Agnese Bosisio/Investigadora

Tabla 37

Análisis de respuestas del experto 6 primera ronda.

| Análisis de respuestas del experto 6 primera ronda. | | | |
|--|-------------|--------------|-------------|
| Experto: Yolanda Paola Defaz Gallardo | | | |
| Perfil: Educadora de la primera infancia. | | | |
| Indicador | Alto | Medio | Bajo |
| 1.El título del documento es adecuado. | X | | |
| 2.El texto presenta una introducción clara y precisa sobre los objetivos y problemas que se abordan en el documento. | X | | |
| 3.Los objetivos responden de manera adecuada al problema planteado y guardan relación con el resto del documento. | X | | |
| 4.Se han expuesto de manera adecuada los enfoques pedagógicos que orientan la estructuración del documento. | X | | |
| 5.El documento está debidamente estructurado y argumentado en relación con las prácticas de la disciplina a la que pertenece. | X | | |
| 6.La escritura presenta las calidades esperadas para el nivel de formación (apropiada redacción, léxico, ortografía, claridad conceptual, etc.). Las referencias bibliográficas cumplen con las normas requeridas (APA 7ma edición). | X | | |
| 7. Las conclusiones del documento tienen coherencia con los objetivos y la estructura del documento. | X | | |
| 8. La extensión del texto es adecuada en función de la complejidad del tema, los objetivos y el público lector. | X | | |
| 9. El material analizado constituye un aporte válido, vigente y relevante. La originalidad de los aportes y reflexiones del autor le confieren un valor agregado al material. | X | | |
| 10. El programa formativo es aplicable al contexto para el cual ha sido diseñado. | X | | |
| Observaciones: Expresar mi felicitación por la excelente investigación destinada al beneficio de las mujeres en estado de gestación durante su formación académica. Cabe recalcar que es una investigación innovadora, donde su propuesta hace referencia al acompañamiento que debe existir en esta etapa importante de la vida de las mujeres. | | | |

Nota. Agnese Bosio/Investigadora

Tabla 38*Análisis de respuestas del experto 7 primera ronda.*

| Análisis de respuestas del experto 7 primera ronda. | | | |
|--|-------------|--------------|-------------|
| Experto: Gloria Susana Vizcaíno Cárdenas | | | |
| Perfil: Autoridad de la U.T.C./Experta en género. | | | |
| Indicador | Alto | Medio | Bajo |
| 1.El título del documento es adecuado. | X | | |
| 2.El texto presenta una introducción clara y precisa sobre los objetivos y problemas que se abordan en el documento. | X | | |
| 3.Los objetivos responden de manera adecuada al problema planteado y guardan relación con el resto del documento. | X | | |
| 4.Se han expuesto de manera adecuada los enfoques pedagógicos que orientan la estructuración del documento. | X | | |
| 5.El documento está debidamente estructurado y argumentado en relación con las prácticas de la disciplina a la que pertenece. | X | | |
| 6.La escritura presenta las calidades esperadas para el nivel de formación (apropiada redacción, léxico, ortografía, claridad conceptual, etc.). Las referencias bibliográficas cumplen con las normas requeridas (APA 7ma edición). | X | | |
| 7. Las conclusiones del documento tienen coherencia con los objetivos y la estructura del documento. | X | | |
| 8. La extensión del texto es adecuada en función de la complejidad del tema, los objetivos y el público lector. | X | | |
| 9. El material analizado constituye un aporte válido, vigente y relevante. La originalidad de los aportes y reflexiones del autor le confieren un valor agregado al material. | X | | |
| 10. El programa formativo es aplicable al contexto para el cual ha sido diseñado. | X | | |
| Observaciones: | | | |
| El Programa Formativo para la educación prenatal, parto y posnatal para las estudiantes que se convierten en madres durante su formación académica en la Universidad Técnica de Cotopaxi. Es una interesante propuesta, que recoge una problemática invisibilizada en las Instituciones de Educación Superior (IES) del Ecuador. Aún | | | |

cuando la normativa que regula los procesos académicos, investigación y vinculación en las IES (Reglamento de Régimen Académico) sostiene el desarrollo de tales procesos desde un enfoque de derechos.

No obstante, considero que un número mínimo o tal vez ninguna IES, ha considerado implementar un Programa Formativo para las educación, prenatal parto y postnatal para las estudiantes. De ahí, que este estudio cobra gran relevancia, primero porque expone una problemática muy poco reconocida y segundo porque desde una perspectiva pedagógica sobre la base de una visión de derechos de las mujeres, plantea una propuesta muy sólida y fácilmente aplicable.

Debo señalar, que como Directora de Planeamiento y Desarrollo Institucional de la Universidad Técnica de Cotopaxi, encargada de la Planificación Estratégica de la UTC y tomando en consideración que el nuevo Plan Estratégico entrará en vigencia en el 2021, me permitiré invitar a la candidata doctoral Agnese Bosisio para que podamos incorporar su propuesta en el impulsor estratégico llamado Bienestar Universitario.

Nota. Agnese Bosisio/Investigadora

Tabla 39*Análisis de respuestas del experto 8 primera ronda.*

| Análisis de respuestas del experto 8 primera ronda. | | | |
|---|-------------|--------------|-------------|
| Experto: Dora Jaramillo Zapater | | | |
| Perfil: Obstetriz | | | |
| Indicador | Alto | Medio | Bajo |
| 1.El título del documento es adecuado. | X | | |
| 2.El texto presenta una introducción clara y precisa sobre los objetivos y problemas que se abordan en el documento. | X | | |
| 3.Los objetivos responden de manera adecuada al problema planteado y guardan relación con el resto del documento. | X | | |
| 4.Se han expuesto de manera adecuada los enfoques pedagógicos que orientan la estructuración del documento. | X | | |
| 5.El documento está debidamente estructurado y argumentado en relación con las prácticas de la disciplina a la que pertenece. | X | | |
| 6.La escritura presenta las calidades esperadas para el nivel de formación (apropiada redacción, léxico, ortografía, claridad conceptual, etc.). Las referencias bibliográficas cumplen con las normas requeridas (APA 7ma edición). | X | | |
| 7. Las conclusiones del documento tienen coherencia con los objetivos y la estructura del documento. | X | | |
| 8. La extensión del texto es adecuada en función de la complejidad del tema, los objetivos y el público lector. | X | | |
| 9. El material analizado constituye un aporte válido, vigente y relevante. La originalidad de los aportes y reflexiones del autor le confieren un valor agregado al material. | X | | |
| 10. El programa formativo es aplicable al contexto para el cual ha sido diseñado. | X | | |
| Observaciones: | | | |
| El documento está pensado de forma tal que la estudiante universitaria que cursa por los estados biológicos del embarazo, parto y puerperio con normalidad y a plenitud, lo que es un derecho. El incluir múltiples profesionales en los talleres deja ver la necesidad de actuar en un equipo multidisciplinario.Existe una norma de educación prenatal que usa el Ministerio de Salud Pública del Ecuador para las mujeres durante el embarazo, que sería útil conocer. | | | |

Nota. Agnese Bosisio/Investigadora

Tabla 40*Análisis de respuestas del experto 9 primera ronda.*

| Análisis de respuestas del experto 9 primera ronda. | | | |
|--|-------------|--------------|-------------|
| Experto: Nancy Cleotilde Almeida Cueva | | | |
| Perfil: Pediatra | | | |
| Indicador | Alto | Medio | Bajo |
| 1.El título del documento es adecuado. | X | | |
| 2.El texto presenta una introducción clara y precisa sobre los objetivos y problemas que se abordan en el documento. | X | | |
| 3.Los objetivos responden de manera adecuada al problema planteado y guardan relación con el resto del documento. | X | | |
| 4.Se han expuesto de manera adecuada los enfoques pedagógicos que orientan la estructuración del documento. | X | | |
| 5.El documento está debidamente estructurado y argumentado en relación con las prácticas de la disciplina a la que pertenece. | X | | |
| 6.La escritura presenta las calidades esperadas para el nivel de formación (apropiada redacción, léxico, ortografía, claridad conceptual, etc.). Las referencias bibliográficas cumplen con las normas requeridas (APA 7ma edición). | X | | |
| 7. Las conclusiones del documento tienen coherencia con los objetivos y la estructura del documento. | X | | |
| 8. La extensión del texto es adecuada en función de la complejidad del tema, los objetivos y el público lector. | X | | |
| 9. El material analizado constituye un aporte válido, vigente y relevante. La originalidad de los aportes y reflexiones del autor le confieren un valor agregado al material. | X | | |
| 10. El programa formativo es aplicable al contexto para el cual ha sido diseñado. | X | | |
| Observaciones: | | | |

Nota. Agnese Bosisio/Investigadora

Tabla 41

Análisis de respuestas del experto 10 primera ronda.

| Análisis de respuestas del experto 10 primera ronda. | | | |
|--|-------------|--------------|-------------|
| Experto: Antonio Salvador Jiménez Hernández | | | |
| Perfil: Psicopedagogo | | | |
| Indicador | Alto | Medio | Bajo |
| 1.El título del documento es adecuado. | X | | |
| 2.El texto presenta una introducción clara y precisa sobre los objetivos y problemas que se abordan en el documento. | X | | |
| 3.Los objetivos responden de manera adecuada al problema planteado y guardan relación con el resto del documento. | X | | |
| 4.Se han expuesto de manera adecuada los enfoques pedagógicos que orientan la estructuración del documento. | X | | |
| 5.El documento está debidamente estructurado y argumentado en relación con las prácticas de la disciplina a la que pertenece. | X | | |
| 6.La escritura presenta las calidades esperadas para el nivel de formación (apropiada redacción, léxico, ortografía, claridad conceptual, etc.). Las referencias bibliográficas cumplen con las normas requeridas (APA 7ma edición). | X | | |
| 7. Las conclusiones del documento tienen coherencia con los objetivos y la estructura del documento. | X | | |
| 8. La extensión del texto es adecuada en función de la complejidad del tema, los objetivos y el público lector. | X | | |
| 9. El material analizado constituye un aporte válido, vigente y relevante. La originalidad de los aportes y reflexiones del autor le confieren un valor agregado al material. | X | | |
| 10. El programa formativo es aplicable al contexto para el cual ha sido diseñado. | X | | |
| Observaciones: | | | |

Nota. Agnese Bosisio/Investigadora

Tabla 42

Análisis de respuestas del experto 11 primera ronda.

| Análisis de respuestas del experto 11 primera ronda. | | | |
|---|-------------|--------------|-------------|
| Experto: María Dolores De Las Mercedes Collaguazo Loachamin | | | |
| Perfil: Obstetriz | | | |
| Indicador | Alto | Medio | Bajo |
| 1.El título del documento es adecuado. | X | | |
| 2.El texto presenta una introducción clara y precisa sobre los objetivos y problemas que se abordan en el documento. | X | | |
| 3.Los objetivos responden de manera adecuada al problema planteado y guardan relación con el resto del documento. | X | | |
| 4.Se han expuesto de manera adecuada los enfoques pedagógicos que orientan la estructuración del documento. | X | | |
| 5.El documento está debidamente estructurado y argumentado en relación con las prácticas de la disciplina a la que pertenece. | X | | |
| 6.La escritura presenta las calidades esperadas para el nivel de formación (apropiada redacción, léxico, ortografía, claridad conceptual, etc.). Las referencias bibliográficas cumplen con las normas requeridas (APA 7ma edición). | X | | |
| 7. Las conclusiones del documento tienen coherencia con los objetivos y la estructura del documento. | X | | |
| 8. La extensión del texto es adecuada en función de la complejidad del tema, los objetivos y el público lector. | X | | |
| 9. El material analizado constituye un aporte válido, vigente y relevante. La originalidad de los aportes y reflexiones del autor le confieren un valor agregado al material. | X | | |
| 10. El programa formativo es aplicable al contexto para el cual ha sido diseñado. | X | | |
| Observaciones: | | | |
| <p>En mi opinión la presente investigación es una innovación en el campo de la Obstetricia preventiva, que pretende brindar una paquete de atención que incluye: acompañamiento, educación, trabajo corporal, yoga, técnicas de respiración, durante la etapa prenatal, natal y posnatal, a estudiantes universitarias, siendo innovador en nuestro país que una Universidad realice esta actividad que normalmente se la realiza en unidades de salud . El proyecto es multidisciplinario, lo que le da riqueza y solidez.</p> | | | |

Nota. Agnese Bosisio/Investigadora

6.5.2 Resultados generales en la primera ronda.

A continuación se presentan una tabla resumen de los resultados de la primera ronda.

Tabla 43

Análisis de porcentajes generales en la primera ronda.

| Análisis de porcentajes generales en la primera ronda. | | | |
|--|--------------|---------------|--------------|
| Indicador | Alto% | Medio% | Bajo% |
| 1.El título del documento es adecuado. | 100,00% | | |
| 2.El texto presenta una introducción clara y precisa sobre los objetivos y problemas que se abordan en el documento. | 100,00% | | |
| 3.Los objetivos responden de manera adecuada al problema planteado y guardan relación con el resto del documento. | 100,00% | | |
| 4.Se han expuesto de manera adecuada los enfoques pedagógicos que orientan la estructuración del documento. | 100,00% | | |
| 5.El documento está debidamente estructurado y argumentado en relación con las prácticas de la disciplina a la que pertenece. | 100,00% | | |
| 6.La escritura presenta las calidades esperadas para el nivel de formación (apropiada redacción, léxico, ortografía, claridad conceptual, etc.). Las referencias bibliográficas cumplen con las normas requeridas (APA 7ma edición). | 100,00% | | |
| 7. Las conclusiones del documento tienen coherencia con los objetivos y la estructura del documento. | 87,5% | 12,5% | |

| | |
|---|---------|
| 8. La extensión del texto es adecuada en función de la complejidad del tema, los objetivos y el público lector. | 100,00% |
| 9. El material analizado constituye un aporte válido, vigente y relevante. La originalidad de los aportes y reflexiones del autor le confieren un valor agregado al material. | 100,00% |
| 10. El programa formativo es aplicable al contexto para el cual ha sido diseñado. | 100,00% |

Nota. Agnese Bosisio/Investigadora

A continuación se presentan los mismos resultados utilizando la técnica del “Ábaco de Regnier”, en donde el criterio “Alto” está representado por el color verde, el criterio “Medio” se observa en color naranja y el criterio “Bajo” se vería de color rojo.

Tabla 44

Ábaco de Regnier de la primera ronda.

| Ábaco de Regnier de resultados de la primera ronda. | | | | | | | | | | |
|--|------|---|---|---|-------|---|---|------|---|----|
| Criterios: | Alto | | | | Medio | | | Bajo | | |
| Expertos: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Variables : | | | | | | | | | | |
| 1.El título del documento es adecuado. | | | | | | | | | | |
| 2.El texto presenta una introducción clara y precisa sobre los objetivos y problemas que se abordan en el documento. | | | | | | | | | | |
| 3.Los objetivos responden de manera adecuada al problema planteado y guardan relación con el resto del documento. | | | | | | | | | | |
| 4.Se han expuesto de manera adecuada los enfoques pedagógicos que orientan la estructuración del documento. | | | | | | | | | | |
| 5.El documento está debidamente estructurado y argumentado en relación con las prácticas de la disciplina a la que pertenece. | | | | | | | | | | |
| 6.La escritura presenta las calidades esperadas para el nivel de formación (apropiada redacción, léxico, ortografía, claridad conceptual, etc.). Las referencias bibliográficas cumplen con las normas requeridas (APA 7ma edición). | | | | | | | | | | |
| 7. Las conclusiones del documento tienen coherencia con los objetivos y la estructura del documento. | | | | | | | | | | |
| 8. La extensión del texto es adecuada en función de la complejidad del tema, los objetivos y el público lector. | | | | | | | | | | |
| 9. El material analizado constituye un aporte válido, vigente y relevante. La originalidad de los aportes y reflexiones del autor le confieren un valor agregado al material. | | | | | | | | | | |
| 10. El programa formativo es aplicable al contexto para el cual ha sido diseñado. | | | | | | | | | | |

Nota. Agnese Bosisio/Investigadora

6.6. Análisis de resultados.

Una vez enviado el cuestionario a los 11 expertos que se establecieron en el diseño metodológico para la validación del “Programa formativo para la educación prenatal, para el parto y posnatal en la Universidad Técnica de Cotopaxi”, se estableció como fecha límite 30 días término para la recepción de las evaluaciones solicitadas.

Dentro del plazo establecido, se obtuvo respuesta de 8 de los 11 expertos involucrados, es decir se tuvo una tasa efectiva de respuesta del 72,72%. Se consideró adecuado trabajar con las respuestas de los 8 expertos, debido a la variedad y riqueza de sus perfiles, de hecho el programa fue validado por dos expertos en educación prenatal, dos expertos en educación de la primera infancia, dos obstetras, un médico pediatra y una autoridad de la Universidad Técnica de Cotopaxi experta en temas de género.

Las respuestas se tabularon de manera individual y también se realizó un cuadro general de porcentajes de los parámetros obtenidos.

De los resultados de la validación se pudo obtener que el 100,00% de los validadores calificó en el nivel de “alto” el parámetro relacionado con la coherencia del título del documento evaluado.

El 100,00% de los validadores calificó con el parámetro de “alto” la claridad y precisión de la introducción al presentar los objetivos y problemas que se abordan en el documento.

Los expertos participantes marcaron con el criterio de “alto” en un porcentaje del 100,00% el hecho que los objetivos del programa formativo responden de manera adecuada al problema planteado y guardan relación con el resto del documento.

Los enfoques pedagógicos que orientan la estructuración del documento fueron evaluados en el nivel de “alto” por el 100,00% de los validadores.

Los evaluadores consideraron que el documento está debidamente estructurado y argumentado en relación con las prácticas de la disciplina a la que pertenece, en un porcentaje correspondiente al 100,00% en el criterio establecido como “alto”.

Los expertos señalaron como “alto” en el 100,00% de los casos el hecho que la escritura presenta las calidades esperadas para el nivel de formación (apropiada redacción, léxico, ortografía, claridad conceptual, etc.); las referencias bibliográficas cumplen con las normas requeridas (APA 7ma edición).

En el 87,5% de los casos los expertos evaluaron como “alto” la coherencia de las conclusiones con los objetivos y la estructura del documento, mientras que un experto, correspondiente al 12,5%, respondió en este parámetro con el criterio de “medio”.

El 100,00% de los evaluadores calificaron como “alto” la extensión del texto en función de la complejidad del tema, los objetivos y el público lector.

En cuanto a la validez y originalidad de la propuesta analizada, el 100,00% de los evaluadores la calificaron como “alta”, lo mismo que en el criterio de aplicabilidad de la propuesta.

Es así que nueve de los diez parámetros utilizados para la validación fueron calificados por los expertos seleccionados con el criterio de “alto” en el 100,00% de los casos, un parámetro obtuvo la evaluación de “alto” en el 87,5% de los casos y “medio” en el 12,5%. Debido a los resultados obtenidos, se pudo evidenciar que el documento está estructurado de una manera adecuada, que existe coherencia entre los objetivos, el desarrollo y las conclusiones, que responde a las necesidades evidenciadas en el diagnóstico, que presenta adecuados niveles de validez, originalidad y aplicabilidad. No se consideró necesario aplicar nuevamente el cuestionario de validación a los expertos.

En la parte de observaciones se pueden evidenciar algunas consideraciones importantes por parte de los expertos que participaron en la validación del programa formativo. Estas se resumen a continuación.

La mayor parte de los expertos indicaron que se trata de una iniciativa muy importante y necesaria, en relación con los resultados obtenidos en el diagnóstico. En efecto, se permite visualizar la necesidad de formación que viven las jóvenes madres que se embarazan y convierten en madres durante el proceso académico en la UTC.

Varios de los expertos validadores resaltaron que el estudio es innovador, puesto que muy poco se ha dado atención a la problemática analizada en el contexto de las universidades del país y el mundo. Asimismo mencionaron que se trata de un proyecto con un alto nivel de aplicabilidad, por lo que la Directora del Departamento de Planeamiento de la Universidad Técnica de Cotopaxi expresa en las observaciones su compromiso a considerar el programa formativo dentro de la próxima planificación estratégica institucional que se elaborará en el 2021. Este último puede considerarse uno de los mayores logros de esta fase de validación. De manera parecida, otra experta planteó la necesidad de que se conforme un movimiento multidisciplinar e interinstitucional a partir de este estudio. Movimiento que pueda promover con fuerza la educación prenatal como un derecho para todas las madres universitarias.

Uno de los expertos recalzó la importancia de que el programa formativo contenga una parte formativa y una educativa, así como que se hayan considerado como enfoques educativos la dimensión comunitaria y la parentalidad positiva.

Algunos expertos consideraron que el programa formativo debe ser integrado o fortalecido en los siguientes aspectos:

- Fortalecimiento de la prevención de los embarazos no deseados a nivel institucional, trabajando desde la perspectiva de concientizar a los jóvenes sobre la importancia de que la concepción pueda ser un “acto de amor” de dos personas, dirigido a la persona que toma vida en ese acontecimiento.
- Fortalecer la participación de la figura paterna en el programa formativo y durante las tres etapas, independientemente de la relación que guarde con su pareja.
- Resaltar la dimensión comunitaria del acompañamiento educativo prenatal, de manera que las participantes al programa formativo puedan conformar una verdadera “tribu”.
- Integrar actividades de índole artística que puedan favorecer un estado psicológico positivo en las madres, para beneficiar el desarrollo intrauterino de los bebés.
- Recalcar la importancia de los controles prenatales y de la función pedagógica del personal sanitario durante las tres etapas.
- Resaltar la importancia de un acompañamiento educativo respetuoso, que ofrezca ambientes de aprendizaje sin violentar las etapas naturales de aprendizaje de los niños a través de procesos de estimulación no justificados.

Estos aspectos han sido integrados al programa formativo que se ha visto enriquecido de esta manera por la experiencia que cada uno de los expertos ha podido aportar desde su perfil profesional.

6.7 Conclusiones del capítulo.

En este capítulo se sometió el programa formativo a un proceso de validación por expertos con la finalidad de obtener el criterio de profesionales de diferentes ramas del conocimiento sobre la validez, originalidad, calidad y aplicabilidad del programa.

Para cumplir con este objetivo se estableció un cuestionario a ser aplicado utilizando la metodología Delphi. El cuestionario validó 10 parámetros a través de una escala valorativa compuesta por los criterios de “alto”, “medio” y “bajo” y también permitió a los expertos presentar observaciones abiertas.

El cuestionario se aplicó a 11 expertos por una sola ocasión debido a que se obtuvo la calificación con el nivel de “alto” en el 100,00% de los casos, en 9 de 10 criterios establecidos.

Los 8 expertos que respondieron además emitieron importantes consideraciones sobre la validez y aplicabilidad del programa en un espacio abierto determinado para “observaciones”. En este espacio los expertos plantearon también algunas sugerencias para fortalecer el programa formativo, mismas que ya fueron integradas a la propuesta desarrollada.

Este proceso garantiza que la propuesta de “Programa formativo para la educación prenatal, para el parto y posnatal en la Universidad Técnica de Cotopaxi” tiene una estructura y un contenido que responden a las necesidades establecidas en el diagnóstico de este estudio, responde a los objetivos planteados, posee un fundamento teórico-científico fuerte y puede ser aplicado al contexto para el cual ha sido diseñado.

Esta última fase ha sido de mucha importancia para que al final de este trabajo de investigación se pueda entregar a las autoridades de la Universidad Técnica de Cotopaxi una propuesta de “Programa formativo para la educación prenatal, para el parto y posnatal en la Universidad Técnica de Cotopaxi” que consta con el aval de expertos en diferentes áreas del conocimiento como son la educación prenatal, la educación en las edades tempranas, la psicopedagogía, la obstetricia, la pediatría y los estudios de género.

PARTE 4:

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

Capítulo 7: Conclusiones generales de la investigación, limitaciones y perspectivas para futuros estudios.

7.1 Conclusiones:

Conclusión I

En la primera parte de esta investigación se hizo un recorrido por la historia de la educación. Esta revisión permitió determinar que la educación prenatal hasta el último siglo no ha sido considerada dentro de los procesos educativos institucionalizados, sino que ha sido relegada al ámbito doméstico y de los saberes tradicionales transmitidos a través de procesos intergeneracionales.

A partir del último siglo, mundialmente se comienza a desarrollar educación prenatal en las casas de salud, con la finalidad de transmitir información orientada a fomentar la salud física materno-infantil. En este sentido, los programas de E.P. que se imparten en contextos sanitarios tienen como principal objetivo informar a los futuros padres sobre las etapas del embarazo, el parto, la lactancia y los primeros meses de vida del bebé.

En Ecuador existe una normativa que indica que cada mujer debería recibir al menos seis sesiones de educación prenatal antes del nacimiento de su hijo. Sin embargo, como se evidenció en el diagnóstico, esto no se cumple.

En los últimos años, la pedagogía y las ciencias sociales impulsan algunas reflexiones que orientan hacia una educación prenatal enfocada a un concepto de salud integral (físico, social y emocional) y centrada en las experiencias tempranas del bebé intrauterino, su madre, su padre y su entorno. Este tipo de reflexiones impulsadas en un inicio desde el interior de las ciencias médicas, aparecen en países donde el embarazo y el nacimiento han sido sometidos a procesos médicos tecnocráticos, que han llevado a la aplicación de prácticas que si bien tienen como

objetivo garantizar la salud física de la dupla madre-niño, carecen de evidencia científica que demuestre sus beneficios y condicionan de manera negativa la parte experiencial y emocional del proceso.

Es así como estas reflexiones parecen encontrar un territorio fructífero en América Latina y conducen a rescatar la naturalidad del embarazo y del nacimiento y la necesidad de que quien atiende y acompaña estos procesos mantenga una actitud de respeto, que garantice en todo momento la experiencia y el empoderamiento de los actores centrales: niño, madre, padre. En efecto, se ha demostrado que las primeras experiencias del ser humano (concepción, gestación, nacimiento, primeras horas y días de vida) condicionan la capacidad de relación y la regulación emocional de la persona. Tanto que algunos autores se atreven a considerar que si se cambiara el modo de concebir, gestar y hacer nacer a los niños, al cabo de algunas generaciones se podría observar una mejor sociedad. O dicho en palabras de Carballo (2019) “una sociedad de paz, amor y justicia” (p.86). Este tipo de reflexiones fueron muy significativas para definir el enfoque educativo del programa formativo propuesto en esta tesis.

Conclusión II

Para fundamentar el programa formativo se analizaron los procesos de concepción, gestación, parto y primeros meses de vida del niño desde un enfoque interdisciplinar.

En este estudio se llevó a cabo una revisión del desarrollo bio-psico-social del niño intrauterino en sus dos fases: embrional y fetal. Para ello se han tenido en cuenta estudios elaborados desde diferentes ramas de la ciencia como por ejemplo la medicina, la embriología, la ginecología, la psicología, y también algunas reflexiones realizadas desde la pedagogía y las ciencias humanas. Además, se consideró algunas recomendaciones para el cuidado materno-infantil durante la

gestación, así como algunas estrategias educativas que puedan permitir la vinculación socioafectiva del niño intrauterino, su familia y su comunidad.

Igualmente han sido analizadas las características fundamentales de un parto respetado y empoderado desde el punto de vista humano, médico, legal y contextual. Entre ellas se pueden resumir algunas:

- En primer lugar, que el parto respetado no se opone al avance científico-médico, que permite cada día salvar vidas de madres y niños, pero si se opone al uso inadecuado de algunas prácticas médicas cuando éstas no son necesarias o no se utilizan de manera adecuada, son invasivas o no se informan y consensuan con la madre.
- En segundo lugar, toda práctica o intervención médica debe ser consensuada con la mujer, quien es la protagonista de su proceso de parto, para lo cual debe estar correcta y continuamente informada. Esto obliga al personal médico a establecer una relación con la parturienta que, más allá de humana, se convierte en pedagógica, pues el personal sanitario pone su conocimiento al servicio de la mujer de manera que no se sobreponga a ella en la toma de decisiones.
- En tercer lugar, el reconocimiento de la originalidad y unicidad de cada experiencia, lo que convierte cada parto en una experiencia de aprendizaje, tanto para la mujer, como para el personal de salud.
- En cuarto lugar, la importancia del derecho de la mujer a elegir estar acompañada por su pareja o por la persona que le haga sentir apoyo y confianza en el proceso de parto.
- En quinto lugar, el derecho que tienen madre e hijo a un contacto inmediato y continuo. Salvo que las condiciones de salud del bebé no lo permitan, éste no tiene por qué ser separado de su madre. Esto incluye la inducción a la lactancia materna en la primera hora de vida, con el debido respeto a la libertad de la madre a elegir como alimentar a su hijo.

- En último, pero no menos importante, se destaca la importancia del acompañamiento de una mujer durante el parto, quien por estar naturalmente predispuesta al embarazo y nacimiento, puede alcanzar un nivel mayor de empatía con la experiencia física y emocional de la mujer.

Por último, es necesario considerar que por sus características propias, el niño cuando nace no es todavía un ser independiente, necesita para sobrevivir, del cuerpo y los cuidados de su madre. Veamos.

A partir del concepto de *extero-gestación* se ha llevado a cabo una reflexión sobre las finalidades educativas de los diferentes estilos de crianza, proponiendo el enfoque psico-pedagógico del apego, como uno de los que mejor responde a las necesidades fisiológicas y psicológicas del niño. De esta manera, se puso el acento en la importancia que tiene la generación de un vínculo seguro con la madre o cuidador principal para el desarrollo (social, emotivo, intelectual, psicomotor y lingüístico) de un niño, quien se convertirá en un adulto con confianza en sí mismo y en su entorno, con capacidad e independencia para la resolución de problemas y con adecuados patrones de socialización. Adicionalmente, se profundizó el conocimiento de algunas prácticas que pueden fortalecer el instaurarse de un vínculo afectivo entre la madre o los cuidadores y el bebé. Entre esas prácticas se mencionó la lactancia materna, el porteo, el colecho, gozar de un tiempo adecuado de reposo de las actividades laborales o académicas luego del nacimiento, respeto por los tiempos propios de desarrollo de cada bebé, entre otros.

Finalmente, se analizó brevemente la transformación individual y familiar que se produce a partir de la llegada de un hijo.

Todos estos elementos teóricos sirvieron de base para la construcción del programa formativo para la educación prenatal, para el parto y posnatal.

Conclusión III:

Se estableció un diseño metodológico que permitiera observar primero la magnitud del fenómeno de embarazos de estudiantes en la Universidad Técnica de Cotopaxi a través de la observación de datos estadísticos.

A partir de los datos obtenidos se profundizó en el fenómeno a través de una metodología cualitativa. Esto permitió describir cómo las acciones educativas realizadas u omitidas por la Universidad Técnica de Cotopaxi en relación a las estudiantes que experimentan las etapas prenatal, parto y posnatal y se convierten en madres durante su formación académica en la institución, influyen en ellas estas experiencias. Para ello se optó por triangular tres técnicas de investigación: el grupo de discusión, la historia de vida y la entrevista. Triangular técnicas de investigación permitió observar el mismo fenómeno desde diferentes puntos de vista y a través de distintos actores, para garantizar un mejor conocimiento del fenómeno de estudio. En este sentido, el grupo de discusión se realizó con estudiantes que habían vivido al menos un embarazo e hizo énfasis sobre la educación prenatal, para el parto y posnatal que habían recibido. La historia de vida profundizó en la experiencia de maternidad de cada una de las participantes a la fase anterior del estudio cualitativo. La entrevista por su parte indagó sobre el punto de vista de las autoridades de la UTC sobre el fenómeno y las acciones y políticas que han adoptado al respecto.

Finalmente se optó por el análisis de la información a través de un software para la organización de la misma, decidiéndose por Atlas.ti. Para el análisis se compuso la unidad hermenéutica subiendo las transcripciones de grupo de discusión, historia de vida y entrevista. Luego se fue codificando la información en primer lugar utilizando un criterio deductivo generando códigos a partir de las categorías presentes en el marco teórico de la investigación, luego se procedió con

una codificación de carácter inductivo que permitió establecer nuevas categorías a partir de los resultados obtenidos. Los códigos se organizaron en familias en base a las cuales se diseñaron las redes semánticas que se reportaron en el análisis de resultados.

A través de Atlas.ti se puso en relación la información obtenida de las estudiantes que se habían convertido en madres en la UTC sobre la educación que recibieron o la ausencia de ella, como ésta influyó su experiencia de maternidad y la visión de las autoridades de la UTC al respecto.

En esta fase del estudio se encontró una fuerte limitante relacionada con la falta de un registro estadístico confiable del número de estudiantes de la UTC que se convierten en madres durante su formación académica en la institución, lo que no permitió establecer la magnitud real de este fenómeno.

Conclusión IV:

La principal conclusión que se pudo extraer del diagnóstico de la investigación fue que la falta de acciones educativas propias para las estudiantes que se convierten en madres durante su proceso de formación académica en la UTC influye negativamente en su experiencia de maternidad en las tres etapas planeadas (gestación, parto, posnatal). Los resultados evidencian que la falta de un programa formativo para la educación prenatal, el parto y posnatal en la Universidad Técnica de Cotopaxi, influye negativamente en la experiencia de maternidad de las estudiantes que se convierten en madres durante su proceso de formación académica, así como en la de sus bebés. La evidencia se menciona acto seguido.

Un porcentaje de las estudiantes de la UTC se convierten en madres durante su periodo de preparación profesional. La mayor parte de ellas se encuentra en los primeros semestres de su

formación académica cuando concibe a su hijo/a. Esos embarazos son no planificados y no deseados casi siempre.

La información que reciben las estudiantes respecto a la maternidad y a la crianza de sus hijos es escasa y parcializada, carece de fundamento científico y es ofrecida por actores externos a la UTC. Ninguna de las estudiantes participó de un programa de educación prenatal. Varias de ellas recibieron acompañamiento educativo por parte de sus madres, hermanas, tías, abuelas y otras figuras femeninas con experiencias propias de maternidad.

Las alumnas tuvieron escasa información respecto a los cuidados físicos para llevar un embarazo sano y no recibieron información sobre los cuidados emocionales y su importancia en el desarrollo del bebé intrauterino, ni tampoco sobre cómo cultivar la relación con el bebé desde el vientre materno.

Los recuerdos positivos que las alumnas tienen del embarazo se asocian con: sentir los movimientos del bebé en el vientre, escuchar los latidos del corazón, ver al bebé en las ecografías, pasar el tiempo imaginando al bebé y hablando con él, poder llevarlo a todos lados. Además varias alumnas recuerdan que en esa etapa algunas personas les demostraron cariño con una atención especial.

Las alumnas recuerdan aspectos negativos del embarazo como emociones de tristeza, miedo, vergüenza, preocupación, rechazo, discriminación, ansiedad, limitaciones físicas, limitaciones económicas, violencia física, violencia psicológica.

El embarazo influye de manera directa en el desempeño académico de las estudiantes que lo experimentan. Esto se ve reflejado en un mayor cansancio físico, en un choque entre las responsabilidades familiares y académicas, en la necesidad económica y en el tener que

renunciar a algunos aspectos de la vida universitaria. Además, las alumnas que se convierten en madres son víctimas de discriminación por parte de sus compañeros y docentes.

Las alumnas no recibieron una educación prenatal que les pusiera en condiciones de vivir un parto respetado y empoderado. En algunos casos, la atención del personal de salud fue respetuosa; en otros casos, las estudiantes sufrieron violencia física y psicológica durante el proceso de parto. Además, se evidencia que en el sistema sanitario ecuatoriano no existe uniformidad de prácticas médicas relacionadas con la atención de los nacimientos: todo depende de cada establecimiento y profesional de la salud. Se pudo observar además, que la figura del padre de los niños es totalmente ajena al momento del parto y que en el mejor de los casos las estudiantes estuvieron acompañadas por sus madres y familiares.

Algunas estudiantes plantearon haber sufrido de depresión posparto.

Las alumnas que se convierten en madres en la UTC deben regresar a sus responsabilidades académicas 8 días después del parto vaginal y 15 días después del parto con cesárea. Algunas estudiantes optaron por dejar sus estudios uno o dos periodos académicos para poder atender a sus bebés. El regreso prematuro a las actividades académicas obstruyó el proceso de lactancia materna exclusiva y a demanda durante los primeros seis meses de vida del bebé. Las alumnas no tuvieron conocimiento suficiente sobre técnicas de extracción y conservación de la leche materna para poder mantener la lactancia exclusiva a pesar de las responsabilidades académicas, lo cual les llevó a complementar la alimentación de sus hijos de manera artificial. En ocasiones las alumnas plantearon que no tenían un lugar fijo y seguro para dejar a sus bebés mientras asistían a clases. Ello les produjo preocupación y ansiedad o les llevó a tener que participar a las clases en compañía de sus hijos, en los dos casos perjudicando el proceso de aprendizaje académico.

Las alumnas plantean que como único modelo educativo tuvieron el de sus padres y familiares. No contaron con preparación para educar de manera respetuosa a sus hijos, buscando fortalecer el vínculo desde los primeros momentos de vida. Se observa que la educación y crianza de los hijos recae principalmente en la madre y en sus familiares, una vez más la figura paterna es totalmente ausente.

Es importante que la Universidad Técnica de Cotopaxi busque alternativas educativas para que las estudiantes puedan enfrentar la experiencia de la maternidad en mejores condiciones para ellas y sus bebés, de manera más consciente y empoderada. Además, sería importante que la UTC busque adaptar y flexibilizar el currículo de las diferentes carreras en base a las necesidades de aprendizaje propias de las estudiantes que se convierten en madres. De esta forma se garantizaría la permanencia de las estudiantes, la calidad de su preparación académica y el cumplimiento de las responsabilidades maternas.

La UTC debería reforzar los procesos educativos de prevención de embarazos no deseados en especial en los primeros ciclos de formación. Adicionalmente, es necesario capacitar a los docentes sobre derechos sexuales y reproductivos de los estudiantes, así como sobre cómo manejar el embarazo de las alumnas para prevenir tratos discriminatorios

Un programa formativo para la educación prenatal, posnatal y para el parto realizado en la universidad, propiciaría un espacio para potenciar los conocimientos de las estudiantes en relación a las tres etapas. Al tiempo que se acompaña pedagógicamente en esta experiencia trascendental de sus vidas, se fomenta que las vivan con un grado mayor de consciencia y con un mejor nivel de empoderamiento y satisfacción. Esto cual resultaría beneficioso para ellas, para sus hijos e incluso para garantizar la continuidad y cumplimiento de los objetivos académicos. Además, les permitiría participar en un grupo social que asumiría el papel de “tribú”, fortaleciendo

los lazos de apoyo social y emocional de los cuales actualmente las estudiantes están careciendo.

Conclusión V:

El programa formativo propuesto representa una respuesta directa a las necesidades educativas de las estudiantes que se convierten en madres durante su formación académica en la Universidad Técnica de Cotopaxi, de acuerdo con los resultados obtenidos en el diagnóstico. Además, se orienta a rescatar la naturalidad de los eventos relacionados con la gestación, el nacimiento y el puerperio, así como fortalecer un vínculo parental positivo como primera relación educativa del ser humano, que condiciona el futuro de su salud física, social y emocional.

Por estas razones, se desarrolló un programa compuesto fundamentalmente por dos elementos: la primera parte ofrece el acompañamiento educativo permanente de la educadora prenatal, como figura que ofrece conocimiento, contención y orientación durante las tres etapas consideradas. El programa incluye un esbozo del perfil profesional que debería tener la persona que asuma el rol de educadora prenatal, misma que es la figura central de esta propuesta, encargada de la coordinación general y ejecución del programa. En el programa se establecen además los enfoques educativos que se deben considerar como guía, la modalidad de captación de las participantes y los tiempos de ejecución.

La segunda parte comprende un ciclo de conferencias y talleres destinados a fortalecer en las estudiantes futuras madres y, en los casos en los que sea posible, de los futuros padres, la consciencia sobre la importancia de las primeras experiencias que vive el niño intrauterino y el recién nacido, para su futura salud física, social y emocional. Las conferencias y talleres abarcan temas relacionados con el embarazo (salud física y emocional de la madre y el bebé intrauterino, desarrollo del bebé, instauración del vínculo materno filial), el parto respetado y empoderado, y

la etapa posnatal (desarrollo del niño, lactancia materna exclusiva y prolongada, educación respetuosa). Estas conferencias y talleres responden a las necesidades de formación evidenciadas en el diagnóstico. Finalmente algunos talleres podrían extenderse en laboratorios que permitan profundizar temáticas de interés común por un tiempo más largo al planificado.

El programa formativo fue sometido a un proceso de validación por expertos con la finalidad de obtener el criterio de profesionales de diferentes ramas del conocimiento sobre la validez, originalidad, calidad y aplicabilidad del programa.

Para cumplir con este propósito se estableció un cuestionario a ser aplicado utilizando la metodología Delphi. El cuestionario estuvo compuesto por diez parámetros a través de una escala valorativa conformada por los criterios de “alto”, “medio” y “bajo” y también permitió a los expertos presentar observaciones abiertas.

El cuestionario se aplicó a once expertos por una sola ocasión debido a que se obtuvo la calificación con el nivel de “alto” en el 100% de los casos, en nueve de diez criterios establecidos.

Además, los ocho expertos que respondieron emitieron importantes consideraciones en un espacio abierto determinado para “observaciones”. En este espacio, los expertos plantearon algunas sugerencias para fortalecer el programa formativo, mismas que fueron integradas a la propuesta desarrollada.

Este proceso garantiza que la propuesta de “Programa formativo para la educación prenatal, para el parto y posnatal en la Universidad Técnica de Cotopaxi” tiene una estructura y un contenido que responden a las necesidades establecidas en el diagnóstico de este estudio, responde a los objetivos planteados, posee un fundamento teórico-científico fuerte y puede ser aplicado al contexto para el cual ha sido diseñado.

Esta última fase ha sido de importancia para que al final de este trabajo de investigación se pueda entregar a las autoridades de la Universidad Técnica de Cotopaxi una propuesta de “Programa formativo para la educación prenatal, para el parto y posnatal en la Universidad Técnica de Cotopaxi”. Propuesta ésta que consta con el aval de expertos en diferentes áreas del conocimiento como son la educación prenatal, la educación en las edades tempranas, la psicopedagogía, la obstetricia, la pediatría y los estudios de género.

Por otro lado, cabe mencionar que el programa formativo responde al estudio cualitativo que profundizó en la realidad enfrentada por las estudiantes de la UTC que se convirtieron en madres durante su formación académica en la institución, lo cual permitió tener una fotografía bastante clara de la experiencia de maternidad en este contexto, sin embargo, no se puede asegurar que esta realidad investigada corresponda a la que viven otras estudiantes en otras instituciones de educación superior de la región y del mundo.

7.2 Perspectivas para el futuro:

1. En primer lugar la investigación realizada demuestra un emergente interés de las ciencias sociales, en especial pedagógicas, hacia el periodo prenatal. Este interés necesita ser cultivado y extendido, fortalecido con resultados de investigaciones como esta, para llegar a producir un conocimiento científico y teórico sólido y amplio sobre el rol, los beneficios, las características, los objetivos, los enfoques, las metodologías y las figuras profesionales de una educación prenatal de carácter pedagógico.
2. En la Universidad Técnica de Cotopaxi es necesario monitorear con datos más precisos el fenómeno de embarazos en las estudiantes, para conocer la real dimensión del mismo. Sería importante conocer si las acciones de prevención del fenómeno que ha adoptado la institución hasta el momento han tenido algún resultado, puesto que no existe un seguimiento de este aspecto. Si se demostrara que las acciones realizadas hasta el

momento no están dando los frutos esperados, éstas podrían ser reforzadas con otras actividades de naturaleza prevalentemente educativa. Además, se podría estudiar la experiencia de maternidad de las estudiantes a una escala más amplia y tal vez con estudiantes que se encuentran viviendo en el momento cada una de las etapas consideradas (gestación, parto y posnatal).

3. Se recomienda a las autoridades de la Universidad Técnica de Cotopaxi que puedan realizar una aplicación piloto del programa formativo propuesto, que permita observar los resultados de este. Tal piloto debería realizarse en coordinación entre las facultades de la UTC y el Departamento de Bienestar Estudiantil. Para ello se cuenta con un primer compromiso de la Dirección de Planeamiento Institucional a incluir el programa formativo en la próxima Planificación Estratégica Institucional.
4. Una vez que se realice una primera aplicación piloto del programa formativo se deberían analizar los resultados de este, proponer acciones de mejora y entonces poder aplicarlo a una escala más amplia, en las diferentes facultades y extensiones de la institución.
5. La Universidad Técnica de Cotopaxi necesita adaptar y flexibilizar su currículo para responder de mejor manera a las necesidades formativas y educativas de las estudiantes que se convierten en madres durante el proceso académico. Para ello, la pandemia del Covid19 ha demostrado que la educación superior puede realizarse también a través de medios virtuales, que podrían ser una alternativa para garantizar que las estudiantes madres puedan quedarse el tiempo necesario al lado de sus hijos, sin ver perjudicadas sus metas de profesionalización.
6. La Universidad Técnica de Cotopaxi podría convertirse en el motor de un movimiento más amplio de reflexión sobre la situación actual de las madres universitarias a nivel nacional e incluso de Latinoamérica, propiciando un debate interdisciplinar e interinstitucional.

Para esto sería muy importante la participación y compromiso del gremio de los estudiantes, quienes pudieran encabezar un proceso más amplio de investigación. Esto podría conducir incluso a exigir que se generen las normativas pertinentes para garantizar los derechos de las madres universitarias y de sus hijos a nivel del sistema de Educación Superior nacional.

7. Se podrían realizar estudios diagnósticos similares en otras universidades del país y de América Latina para verificar si el fenómeno se produce de manera parecida. De ser el caso, se podrían realizar adaptaciones al programa formativo propuesto de manera que éste pueda ser aplicado a contextos diferentes que la Universidad Técnica de Cotopaxi y se puedan observar sus resultados.

Queda claro que la educación prenatal se encuentra en una fase bastante inmadura y que queda mucho camino por recorrer a través de la investigación científica. Este trabajo no pretende ser más que una ventana hacia una realidad muy contextualizada como es el caso de la Universidad Técnica de Cotopaxi. Su finalidad es reflexionar sobre la necesidad de que una experiencia trascendental de la vida humana como es la maternidad pueda recibir un acompañamiento educativo adecuado para poder ser vivida con un grado mayor de consciencia y empoderamiento por parte de sus principales actores: la madre, el bebé y el padre.

Para finalizar, si esta investigación lograra sumar conciencias que comprendan la importancia de la educación pre y postnatal, apenas sería un pequeño paso para visibilizar estas iniciativas en Ecuador y, por qué no soñar un poco, en toda Latinoamérica. Así pues, pudieramos coincidir con el poeta Antonio Machado (1875-1939) en la Copla XXIX cuando decía:

*Al andar se hace camino
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.*

*Caminante, no hay camino,
sino estelas en la mar.*

*Caminante, son tus huellas
el camino, y nada más;
caminante, no hay camino,
se hace camino al andar.*

BIBLIOGRAFÍA

- Abbagnano, N. y Visalberghi, A. (1992). *Historia de la pedagogía* (Sexta ed.). Turín: Paravia.
- Afua Entsieh, A., y Kristensson Hallström, I. (2016). First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation - A systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. *Midwifery*, 39, 1-11.
- Aguirre García, A., Silva Arquíñego, G., Torres Perez Palma, K. y Cárdenas Matto, R. (2017). *Conocimientos sobre extracción y conservación de leche materna en las madres de los recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Alberto Barton Thompson, Lima 2017*. [Tesis de Especialización en Enfermería en Cuidados Intensivos Neonatales en Internet]. Lima: Universidad Peruana Unión.
- Ahldén, I., Ahlehagen, S., Dahlgren, L. O., y Josefsson, A. (2012). Parents' expectations about participating in antenatal parenthood education classes. *The Journal of Perinatal Education*, 21(1), 11-17.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press Classic Editions.
- Alarcón, I. (20 de noviembre del 2014). Las doulas apoyan a las mamás antes, durante y después del parto. *El Comercio*.
- Andrés, C. y Gutiez, P. (2018). Oportunidades y continuidad de la educación prenatal. En Herrán Gascón, A. de la, Hurtado Fernández, M. y García Sempere, P., *Educación prenatal y pedagogía prenatal: Nuevas perspectivas para la investigación, la enseñanza y la formación*. (pp. 25-53). España: REDIPE.

- Antoni Ferrer, L. (2015) Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas. *Pediatr Integral XIX* (4), 243-250.
- Araya Cubero, Z. y Brenes Campos, G. (2013). Educación prenatal: Factor asociado al éxito de la lactancia materna. *REVENF, Rev. Enfermería Actual En Costa Rica*, 23, 1-14.
- Arieta-Pinedo, I., Paz-Pascual, C., Grandes, G. y Espinosa, M. (2017). Framework for the establishment of a feasible, tailored and effective perinatal education programme. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 58-68.
- Arzu Aba, Y. y Kömürçü, N. (2017). Antenatal education on pregnant adolescents in Turkey: Prenatal adaptation, postpartum adaptation, and newborn perceptions. *Asian Nursing Research*, 11, 42-49.
- Asenjo, J. A. (2010). Bases y despegue del teatro como instrumento educativo en la edad moderna. *Teatresco*, 4, 29-62.
- Aydın, R., Lynn Barkin, J. y Kululu, K. (2016). Attempts to strengthen maternal functioning in the postpartum period: A literature review. *Journal of Human Sciences*, 13(3), 5751-5759.
- Barreiro Rodríguez, H. (2011). Ilustración, cahiers, rapports (1730-1799). Apuntes sobre los orígenes de la educación pública contemporánea. *Sarmiento*, 15, 167-180.
- Basharat, S., Asmat, S. y Zaka, M. (2017). Provision of medical information to pregnant women. Access vs role of health care providers. *Quarterly Medical Channel*, 23(2), 71-76.
- Batista, G. A. (2016). A educação segundo a perspectiva de montaigne no âmbito do renascimento. *Acta Scientiarum. Education*, 38(4), 365-372.

Batthyány, K. y Cabrera, M. (2011). *Metodología de la investigación en ciencias sociales*.

Universidad de la República de Uruguay.

Ben, A. S. (2006). Guillermo de Ockham: El último medieval. *A Parte Rei. Revista De Filosofía.*, 45, 1-17.

Berganza, I. V. (2008). Dios, libertad y amor en Duns Escoto. *Revista Española De Filosofía Medieval.*, 15, 101-112.

Bernal López, A. P. (2014). Análisis de la categoría de verdad en el positivismo. *Unaciencia*, 6(12), 74-81.

Bernal Martínez, I. D. (2015). *La lúdica y el juego como estrategia de aprendizaje en la enseñanza de inglés como lengua extranjera*. [Tesis Doctoral. Facultad de Licenciatura en Lengua Castellana, Inglés, Francés. Universidad de la Salle] Bogotá.

Berti, P. R., Sohani, S., Da Costa, E., Klaas, N., Amendola, L. y Duron, J. (2015). An adequacy evaluation of a maternal health intervention in rural Honduras: The impact of engagement of men and empowerment of women. *Pam American Journal of Public Health*, 37(2), 90-97.

Besio, M. (1999). Cesárea versus parto vaginal.: Una perspectiva ética. *Revista Médica De Chile*, 127(9), 1121-1125.

Bisquerra Alcina, R. (2004). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: La Muralla.

Biurrun Garrido, A. y Goberna Tricas, J. (2013). La humanización del trabajo de parto:

Necesidad de definir el concepto. revisión de la bibliografía. *Matronas Profesión*, 14(2), 62-66.

- Borrero, L. A. (2002). Violencia familiar: El caso de la provincia del Guayas-Ecuador. *Universitas, Revista De Ciencias Sociales y Humanas*, 2, 19-42.
- Bosch, H., Heyaca, N., Heyaca, G., Lagunas de Almirall, M. y Rampazzi, M. (2010). *Desarrollo de conceptos relacionados con el término educación*. Argentina: Departamento de Ciencias Básicas. Universidad Tecnológica Nacional Facultad Regional Gral. Pacheco.
- Botella, J. y Zamora, Á. (2017). El meta-análisis: Una metodología para la investigación en educación. *Educación XX1*, 20(2), 17-38.
- Botía, A. B. (2005). Las historias de vida del profesorado: Posibilidades y peligros. *Con-Ciencia Social: Anuario De Didáctica De La Geografía, La Historia y Las Ciencias Sociales*, 9, 58-68.
- Bowlby, J. (1993). *El vínculo afectivo*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Brixval, C. S., Axelsen, S. F., Thygesen, L. C., Due, P. y Koushede, V. (2016). Antenatal education in small classes may increase childbirth self-efficacy: Results from a danish randomised trial. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 10, 32-34.
- Bujaico, C., Del Pilar, M. y Quintana Salinas, M. R. (2014). Consideraciones para una adecuada alimentación durante el embarazo. *Revista Peruana De Ginecología y Obstetricia*, 60(2), 153-160.
- Buss Thofehrn, M., López Montesinos, M. J., Rutz Porto, A., Coelho Amestoy, S., Oliveira Arrieira, I. C. D., y Mikla, M. (2013). Grupo focal: Una técnica de recogida de datos en investigaciones cualitativas. *Index De Enfermería*, 22 (1-2), 75-78.

- Cabanillas, M. C. y Méndez, E. L. (1996). *Educación para la salud: Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. España: Ediciones Pirâmide.
- Cabero Almenara, J. y Alfonso Infante, M. (2014). Empleo del Método Delphi y su empleo en la investigación en comunicación y educación. *EduTec*, 48, 1-12.
- Camara Izagirre, A. (2004). La actividad de cantar en la escuela: Una práctica en desuso. *Revista De Psicodidáctica*, 17(0).
- Campos, A. (2010). *Primera infancia: Una mirada desde la neuroeducación*. Lima: Cerebrum y OEA.
- Cano Serral, G., Rodríguez Sanz, M., Borrell, C., Del Mar Pérez, M. y Salvador, J. (2006). Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 25-30.
- Capano, Á., Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias Psicológicas*, 7(1), 83-95.
- Carballo Basadre, C. (2019). Educación prenatal: Una esperanza para el futuro. *Revista Boletín REDIPE*, 8(5), 85-103.
- Carballo Basadre, C. y Vizcaíno, P. (2016). Educación prenatal, educación para la paz. *Apuntes de pedagogía. Colegio Oficial de Doctores y Licenciados en Filosofía y Letras y en Ciencias*, 260, 20-21.
- Carlson, B. M. (2014). *Embriología humana y biología del desarrollo*. España: ELSEVIER.

- Carvajal, P. (1999). Teoría política y discurso político barroco sobre los orígenes del liberalismo clásico: J. Althusius, J. Locke, B. Spinoza. Una Interpretación. *Revista De Estudios Histórico-Jurídicos.*, 21, 249-254.
- Casal, R. A. y Vilorio, N. (2002). La corriente positivista y su influencia en la ciencia contable. *Actualidad Contable FACES*, 5(5), 7-22.
- Chokler, M. (2006). Los organizadores del desarrollo. Retrieved from <http://www.ifra.it/idee.php>.
- Comella Gutiérrez, B. (2009). Historia de la educación. *Reseñas Educativas*, 1-7.
- Cordua, C. (2013). El humanismo. *Revista Chilena De Literatura*, 84, 9-17.
- Cornejo, M., Mendoza, F. y Rojas, R. C. (2008). La investigación con relatos de vida: Pistas y opciones del diseño metodológico. *Psykhe (Santiago)*, 17(1), 29-39.
- Cortés, C. (2017). *Mírame, siénteme*. . Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Craig, G. J. y Baucum, D. (2009). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice - Hall.
- Cruz, A. W. (2015). Hobbes: El absolutismo como consecuencia del pesimismo antropológico. *Revista Chilena De Derecho y Ciencia Política.*, 6(1), 55-80.
- Del Olmo, C. (2019). *¿Dónde está mi tribu? maternidad y crianza en una sociedad individualista*. Madrid: Clave Intelectual.
- Delahaye, M. (2008). *Tu embarazo semana a semana*. (Séptima ed.). Barcelona: Ediciones Medici.

- Demetrio, D. (1999). *Escribirse. la autobiografía como curación de uno mismo*. (Tercera ed.).
Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Dulzaides Iglesias, M. E. y Molina Gómez, A. M. (2004). Análisis documental y de información:
Dos componentes de un mismo proceso. *Acimed*, 12(2), 1-1.
- Espinosa Espinosa, D. (2007). La educación griega y sus fuentes: Aproximación a las épocas
clásicas y helenísticas en atenas. *Espacio, Tiempo y Forma, Serie II, Historia Antigua.*,
19(20), 117-134.
- Ewins, W. (2015). Engaging mothers and fathers with learning disabilities in antenatal
education. *International Journal of Birth & Parent Education.*, 3(2), 7-10.
- Fernández y Fernández-Arroyo, M. (2013). Análisis comparativo de las principales escuelas de
educación maternal. *Index Enferm [Online]*, 22(1-2), 40-44.
- Fernández y Fernández-Arroyo, M. (2017). Los programas de educación maternal y el
empoderamiento de las mujeres. *MUSAS. Revista De Investigación En Mujer, Salud y
Sociedad.*, 2(1), 3-20.
- Fernández y Fernández-Arroyo, M., Muñoz San Roque, I. y Torres Lucas, J. (2014).
Assessment of the pregnancy education programme with 'EDUMA2' questionnaire in
Madrid (Spain). *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20, 436-444.
- Fernández, A. J. (2008). El primer positivismo. algunas consideraciones sobre el pensamiento
social en Saint Simon y Comte. *Conflicto Social*, 1(0), 25-40.

- Fisher, C., Hauck, Y., Bayes, S. y Byrne, J. (2012). Participant experiences of mindfulness-based childbirth education: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 126-136.
- Flecha, R., Gómez, J., Latorre, A. y Sánchez, M. (2006). *Metodología comunicativa crítica*. Barcelona: El Roure Editorial.
- Foderario, V. E. y Zancanaro, L. (2010). A importância da educação prática para a formação do caráter moral em Kant. *Revista Bioetikos*, 4(1), 38-43.
- Gallo Cadavid, L. E. (2006). El pensamiento educativo de John Locke y la atención a la educación física. *Educación Física y Deporte, Universidad De Antioquia*, 25(1), 97-114.
- García Montoya, R. (2005). *Fases, periodos y etapas del desarrollo. mecanismos biológicos del desarrollo*. México: Universidad Autónoma De Zacatecas. Área Académica De Ciencias De La Salud.
- García Pérez, A. y Mendía, R. (2015). Acompañamiento educativo: El rol del educador en aprendizaje y servicio solidario. *Profesorado. Revista De Currículum y Formación De Profesorado*, 19(1), 42-58.
- García, A. (29 de agosto del 2019). Ecuador, tercer país en la región con la tasa más alta de embarazos entre 10 y 19 años. *El Comercio*. Retrieved from <https://www.elcomercio.com/actualidad/ecuador-estadisticas-embarazo-adolescente-mama.html>
- García, A. y González, L. (2009). *Desarrollo motor y postural autónomo*. Desarrollo Infantil: Primer Año De Vida. Ministerio De Salud De La Nación.

- Garrido Eguizábal, M., Rodríguez Ruiz, A., Rodríguez Ruiz, R. y Sánchez Rodríguez, A. (2008). *El niño de 0 a 3 años. Guía de Atención Temprana*. La Rioja: Gobierno de la Rioja. Consejería de Educación, Cultura y Deporte.
- Garrido Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507.
- Gavilanes Parra, S., Manjarrez Hernández, A. y Cravioto, A.(2002). Inmunoprotección por leche humana. *Revista Mexicana de Pediatría*, 69(3), 111-119.
- Giraldo, R. J. O. (2014). Galileo y el surgimiento de la ciencia moderna: La geometría de la naturaleza y la idea del divino arquitecto. *Último Andar*, 23, 13-23.
- Godin, K. M., Alton, G. D., Gangodawilage, H. P., Procter, T. D., Bourdages, N. B., Blue, S. E. y Horan, M. J. (2015). Knowledge change associated with participation in prenatal education programs in Ontario: A cohort study. *Canadian Journal of Public Health.*, 106(6), 401-407.
- Gómez, C. (2016). La iglesia y la educación. *La Razón Histórica*, 32, 132-144.
- Gong, H., Ni, C., Shen, X., Wu, T. y Jiang, C. (2015). Yoga for prenatal depression: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1-8.
- González, C. (2004). *Bésame mucho: Cómo criar a tus hijos con amor*. (Sexta ed.) Madrid: Ediciones Temas de Hoy, S.A. (T.H.).
- Gonzalez, I. A., Huespe, M. S., y Auchter, M. C. (2008). Lactancia materna exclusiva factores de éxito y/o fracaso. *Revista De Posgrado De La Vía Cátedra De Medicina.*, 177(2), 1-5.

Grassley, J. S. y Connor, K., C. (2016). Game-based online antenatal breastfeeding education: A pilot. *Applied Nursing Research*, 33, 93-95.

Gustems Carnicer, J. (2007). *La respiración en el canto*. Retrieved from: diposit.ub.edu.

Gútiérrez Cuevas, P. (2016). Neurociencia y educación prenatal: Nuevas contribuciones. *Apuntes De Pedagogía. "Hacia Una Pedagogía Prenatal"*, 14-16.

Hagan, J.F., Shaw, J.S. y Duncan, P.M. (2007). *Futuros brillantes: pautas para la supervisión de la salud de bebés, niños y adolescentes*. Academia Americana de Pediatría.

Henderson, J., & Redshaw, M. (2017). Sociodemographic differences in women's experience of early labour care: A mixed methods study. *BMJ Open*, 7 (7), 1-13.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación. (Vol. 3)*. México: McGraw-Hill.

Herrán Gascón, A. de la (2015). Educación prenatal y pedagogía prenatal. *Revista Iberoamericana De Educación*, 69(1), 9-38.

Herrán Gascón, A. de la (2016). Currículo y pedagogías renovadoras en la edad antigua. *REICE. Revista Iberoamericana Sobre Calidad, Eficacia y Cambio En Educación*, 10(4), 285-334.

Herrán Gascón, A. de la , Hurtado Fernández, M. y García Sempere, P. (2018). *Educación prenatal y pedagogía prenatal: Nuevas perspectivas para la investigación, la enseñanza y la formación*. España: REDIPE.

Hidalgo, M. V. y Menéndez, S. (2002). La familia ante la llegada de los hijos. *Familia: Revista De Ciencias y Orientación Familiar*, 24, 23-42.

Hidalgo, M. V. y Menéndez, S. (2003). La pareja ante la llegada de los hijos e hijas. evolución de la relación conyugal durante el proceso de convertirse en padre y madre. *Infancia y Aprendizaje.*, 26(4), 469-483.

Hunter, C. (2007). *The doula as educator: Labor, embodiment, and intimacy in childbirth*. [Tesis Doctoral] Indiana University.

Hurtado Fernández, M., Cuadrado Nicoli, S. y Herrán Gascón, A. de la (2015). Hacia una pedagogía prenatal. Una propuesta educativa. *Revista Iberoamericana De Educación*, 67(1), 151-168.

Hurtado, M. (2019). Propuestas para la enseñanza, formación y difusión de la educación prenatal en iberoamérica. *Revista Boletín REDIPE*, 8(6), 70-82.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC. (2016). *Estadísticas vitales. registro estadístico de nacidos vivos y defunciones 2016*. Retrieved from:
<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas-de-nacimientos-y-defunciones-2016/>

Jaeger, W. (2021). *Paideia: los ideales de la cultura griega. Libro primero*. México: Fondo de Cultura Económica.

Jové, R. (2011). *La crianza feliz. cómo cuidar y entender a tu hijo de 0 a 6 años*. España: La esfera de los libros.

- Juan, S. y Roussos, A. (2010). El focus group como técnica de investigación cualitativa. *Documento de Trabajo N° 256, Universidad De Belgrano*, 1-12.
- Kalayil Madhavanprabhakaran, G., D'Souza, M. S. y KarkadaSubrahmanya, N. (2016). Effectiveness of childbirth education on nulliparous Women's knowledge of childbirth preparation, pregnancy anxiety and pregnancy outcomes. *Nursing and Midwifery Studies.*, 6(1), 1-10.
- Kaye, D. K., Kakaire, O., Nakimuli, A., Osinde, M. O., Mbalinda, S. N. y Kakande, N. (2014). Male involvement during pregnancy and childbirth: Men's perceptions, practices and experiences during the care for women who developed childbirth complications in mulago hospital, Uganda. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 54-60.
- Kearney, L., Kynn, M., Craswell, A. y Reed, R. (2017). The relationship between midwife-led group-based versus conventional antenatal care and mode of birth: A matched cohort care and mode of birth: A matched cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 39-46.
- Kellams, A. L., Gurka, K. K., Hornsby, P. P., Drake, E., Riffon, M., Gellerson, D. y Coleman, V. (2016). The impact of a prenatal education video on rates of breastfeeding initiation and exclusivity during the newborn hospital stay in a low-income population. *Journal of Human Lactation*, 32(1), 152-159.
- Klaus, M. H. y Kennell, J. H. (1997). The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Paediatrica*, 86(10), 1034-1036.
- Kornas-Biela, D. (2014). The paradigm of unity in prenatal education and pedagogy. *Journal for Perspectives of Economic Political and Social Integration*, 19(1-2), 193-206.

- Kranner, C. (2019). *Del taller de yoga prenatal a la clínica privada. una etnografía sobre los sentidos de la práctica de yoga durante el embarazo*. [Tesis de Licenciatura] Argentina: Universidad Nacional de San Martín.
- Krysa, J., Iwanowicz Palus, G. J., Bien, A. M., Rzónca, E. y Zarajczyk, M. (2016). Antenatal classes as a form of preparation for parenthood: Analysis of benefits of participating in prenatal education. *Pol J Public Health*, 126(4), 192-196.
- Kungwimba, E., Malata, A., Maluwa, A. y Chirwa, E. (2012). Experiences of women with the support they received from their birth companions during labour and delivery in malawi. *Scires*, 5(1), 45-52.
- Lacárcel Moreno, J. (2003). Psicología de la música y emoción musical. *Educatio*, 20(21), 213-226.
- Lally, J. E., Thomson, R. G., MacPhail, S., & Exley, C. (2014). Pain relief in labour: A qualitative study to determine how to support women to make decisions about pain relief in labour. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 6-16.
- Lantarón Izaguirre, C. (2014). La importancia del apego en la etapa infantil. *Nuberos científica*, 2(13), 1-6.
- Levett, K. M., Smith, C. A., Bensoussan, A. y Dahlen, H. G. (2016). Complementary therapies for labour and birth study: A randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. *BMJ Open*, 6, 1-12.
- Ling Yeoh, P., Hornetz, K. y Dahlui, M. (2016). Antenatal care utilisation and content between low-risk and high-risk pregnant women. *Plos One*, 11(3), 1-17.

- Lizarazo-Medina, J. P., Ospina-Díaz, J. M., y Ariza-Riaño, N. E. (2012). Programa madre canguro: Una alternativa sencilla y costo eficaz para la protección de los recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer. *Revista De Salud Pública*, 14, 32-45.
- Lokugamage, A. (2016). A psycho-biological revival of the 'three ps' in an integrated antenatal education model. *International Journal of Birth & Parent Education.*, 3(4), 5-7.
- López Bernabé, A. (2018). *Los beneficios de la lactancia prolongada en niños mayores de 12 meses*. [Tesis de Licenciatura en Enfermería]. España: Universitat Jaume I.
- Lun Wong, K., Yee Tak Fong, D., Lai Yin Lee, I. y Tarrant, M. (2014). Antenatal education to increase exclusive breastfeeding. A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 124(5), 961-968.
- Luna Guasco, E. A. (2017). *La música como experiencia de reflexión y desarrollo integral*. México: Universidad Iberoamericana de Ciudad del México.
- Macías, S., Rodríguez, S. y Ronayne de Ferrer, P. (2006). Leche materna: composición y factores condicionantes de la lactancia, *Arch Argent Pediatr* 104(5), 423-430.
- Mancini, J., Milh, M., y Chabrol, B. (2015). Desarrollo normal desde el estado fetal hasta la adolescencia: Desarrollo neurológico. *EMC – Pediatría*, 50(2), 1-11.
- Manenti, H. A. (2013). Las escuelas de escribas sumerias: Monopolio de saberes y educación tradicional. *XIV Jornadas Interescuelas/Departamentos De Historia*. Mendoza: Departamento de Historia de la Facultad de Filosofía y Letras . Universidad Nacional de Cuyo.

- Márquez, J. J., García, V. y Ardila, R. (2012). Ejercicio y prevención de obesidad y diabetes mellitus gestacional. *Revista Chilena De Obstetricia y Ginecología.*, 77(5), 401-406.
- Martín Sánchez, M. Á. (2010). Implicaciones educativas de la reforma y contrarreforma en la europa del renacimiento. *Cauriensia*, 5, 215-236.
- Martínez Galan, P., Martín Gallardo, E., Macarro Ruiz, D., Martínez Martín, E. y Manrique Tejedor, J. (2017). Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. *Enfermería Universitaria*, 14(1), 54-66.
- Mata, F., Chulvi, I., Roig, J., Heredia, J. R., Isidro, F., Sillero, J. B., y Castillo, M. G. (2010). Prescripción del ejercicio físico durante el embarazo. *Revista Andaluza De Medicina Del Deporte.*, 3(2), 68-79.
- Melendo Asens, J. (2011). *Embarazo compartido. Programa de educación emocional para mujeres embarazadas y sus parejas.*[Tesis de Máster] España: Universidad de Barcelona.
- Ministerio de Educación (2014). *Curriculo de Educación Inicial.* Ecuador
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017). *Plan nacional de salud sexual y reproductiva 2017 – 2021.* Ecuador.
- Miquelutti, M. A., Guilherme Cecatti, J., & Makuch, M. Y. (2013). Antenatal education and the birthing experience of brazilian women: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 171-179.
- Monasterolo, R. C. (1998). Método canguro en sala de partos en recién nacidos a término. *An Esp Pediatr*, 48, 631-633.

- Mújica Rivas, M. L. (2005). La dimensión pedagógica del término disciplina en San Agustín. *Revista Española De Pedagogía. R.E.P.*, 231, 309-323.
- Munares Garcia, O. (2013). Características biosociales, reproductivas y obstétricas asociadas al resultado adecuado del parto en Ica, Perú, 2013. *Méd Uis*, 28(3), 291-299.
- Muñoz, A. (2016). ¿ El yoga o los yogas? entre la tradición y la taxonomía. . *Estudio De Asia y África.*, 51(2), 465-479.
- Muñoz, L. A., Sanchez, X., Arcos, E., Vollrath, A., & Bonatti, C. (2013). Vivenciando la maternidad en contextos de vulnerabilidad social: Un enfoque comprensivo de la fenomenología social. *Revista Latino-Americana De Enfermagem.*, 21(4), 913-919.
- National Institute of Child Health and Human Development, United States. National Institutes of Health. Office for Medical Application of Research, y John E. Fogarty International Center for Advanced Study in the Health Sciences. (1979). *Antenatal diagnosis: Report of a consensus development conference*. Bethesda, Md.: U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, National Institutes of Health.
- Ocampo López, J. (2008). Paulo freire y la pedagogía del oprimido. *Revista Historia De La Educación Latinoamericana.*, 10, 57-72.
- Odent, M. (2011). *El bebé es un mamífero*. Buenos Aires: Editorial Madreselva.
- Odent, M. (2001). *La científicación del amor*. Argentina: Creavida.
- Okuda Benavides, M., & Gómez Restrepo, G. (2005). Métodos en investigación cualitativa: Triangulación. *Revista Colombiana De Psiquiatría - SciELO*, 34(1), 118-124.

- Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista De Psiquiatría y Psicología Del Niño y Del Adolescente*, 4(1), 1-19.
- Olusola, P. A. (2013). Pain perception among parturients at a university teaching hospital, South-Western nigeria. *Nigerian Medical Journal*, 54(4), 211-216.
- Onetto Pavez, M. (2015). La utopía de Moro y la isla grande de tierra del fuego, ¿ una equivalencia posible? *Magallania (Punta Arenas)*, 43(1), 37-51.
- Organización Mundial de la Salud (1993). *Consejería en lactancia materna: Curso de capacitación. Guia del capacitador*.
- Organización Mundial de la Salud (1996). *Cuidados en el parto normal: Una guía práctica*.
- Ortiz Collado, M. A., Saez, M., Favrod, J. y Hatem, M. (2014). Antenatal psychosomatic programming to reduce postpartum depression risk and improve childbirth outcomes: A randomized controlled trial in spain and france. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 22-46.
- Ortiz Delgado, F. (2013). *La educación en el antiguo oriente*. España: Universidad Autónoma España de Durango.
- Ortiz, J. A., Carrillo, S. y Gutiérrez, G. (2006). Relación de apego en madres adolescentes y sus bebés canguro. *Revista Latinoamericana De Psicología*, 38(1), 71-86.
- Palacio Rada, J. (2010). Las ideas políticas en la educación del Príncipe Cristiano de Erasmo de Rotterdam. *Revista De Filosofía*, 66(3), 25-49.

- Palés, J. L. (2006). Planificar un currículum o un programa formativo. *Educación Médica*, 9(2), 59-65.
- Padierna Cardona, J. C. y González Palacio, E. V. (2013). La metodología experiencial en la Educación Superior. *Itinerario Educativo*, 27(62), 151-168.
- Parada Navas, J.L. (2010). La educación familiar en la familia del pasado, presente, futuro. *Educatio Siglo XXI*, 28(1), 17-40.
- Peberdy, L., Young, J., & Kearney, L. (2016). Health care professionals' knowledge, attitudes and practices relating to umbilical cord blood banking and donation: An integrative review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 81-100.
- Peres Zubiaurre de Barros, Amanda, Mendes Lipinski, J., Dutra Sehnem, G., Nunes Rodrigues, A. y da Silva Zambiasi, E. (2017). Conocimiento de enfermeras sobre plan de parto. *Rev Enferm UFSM*, 7(1), 69-79.
- Pérez Cabrera, Í. y Castañeda Godínez, C. (2012). *Antecedentes históricos de las parteras en México*. México: Enfermería Avanza, UNAM.
- Pérez Gómez, Á. I. (2012). *Educarse en la era digital: La escuela educativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Pérez Miranda, I. (2015). *Principales pensadores de la educación infantil*. España: FahrenHouse.
- Pinto, F. (2007). Apego y lactancia natural. *Revista Chilena De Pediatría.*, 78, 96-102.

- Planella Ribera, J. (2017). Pestalozzi y la pedagogía social como forma de redención. *El Guiniguada. Revista De Investigaciones y Experiencias En Ciencias De La Educación.*, 26, 13-17.
- Prado, X. (1984). Embarazo y parto en la medicina tradicional del área P'urhépecha. *Relaciones*, 20, 113-120.
- Prendes Labrada, M. D. L. C., Vivanco del Río, M., Gutiérrez González, R. M., y Guibert Reyes, W. (1999). Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. *Revista Cubana De Medicina General Integral*, 15(4), 397-402.
- Punset, E. (2011). *Inocencia radical. la vida en busca de pasión y sentido*. España: Santillana Ediciones Generales.
- Quizhpe, C., Victoria, L., y Yolanda, M. (2015). *Concepciones y prácticas en la atención al embarazo, parto y postparto de las parteras tradicionales en las comunidades indígenas de Saraguro, Loja*. [Tesis de Grado]. Ecuador: Universidad de Cuenca.
- Ragin, C. (2007). *La construcción de la investigación social: Introducción a los métodos y a su diversidad*. Bogotá: In Siglo del Hombre Editores.
- Ramirez, A. V. (2009). La teoría del conocimiento en investigación científica: Una visión actual. *Anales De La Facultad De Medicina.*, 70(3), 217-224.
- Ratima, M. y Crengle, S. (2013). Antenatal, labour, and delivery care for maori: Experiences, location within a lifecourse approach, and knowledge gaps. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 10(3), 353-366.

Reguant Álvarez, M. y Mercè Torrado, F. (2016). El método Delphi. *REIRE. Revista d'Innovació i Recerca En Educació*, 9(2), 87-102.

Réngel Díaz, C. (2011). La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas. *Matronas Profesión*, 12 (3), 82-89.

Retamal, P., Ibáñez, C., Mosella, F. y Castro, C. (2007). Aspectos generales de la neurobiología de la psicoterapia. . *Revista Gaceta De Psiquiatría Universitaria*, 3(3), 310-320.

Reyes Calderón, J. R. (2016). Educación integral en Santo Tomás de Aquino. *Albertus Magnus*, 7(1), 53-67.

Rice, P. F. (1997). *Desarrollo humano: Estudio del ciclo vital*. México: Pearson Educación.

Rivadeneira, G. (2016). "Proyecto de Ley Orgánica de Parto Humanizado". Ecuador: Asamblea Nacional.

Roa, I., Smok, C. y Prieto, R. (2012). Placenta: Anatomía e histología comparada. *International Journal of Morphology*, 30(4), 1490-1496.

Rodríguez Bonito, R. (2012). *Manual de neonatología* (Segunda ed.). México: McGraw Hill.

Rodríguez Gómez, D. y Valdeoriola Roquet, J. (2009). *Metodología de la investigación*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.

Rodríguez Villar, V., Miranda Moreno, M. D. y Navío, C. (2013). Practicando el colecho. asesoramiento de la matrona. *TRANCES. Revista De Transmisión Del Conocimiento Educativo y De La Salud.*, 5(3), 281-286.

- Rodriguez, L. y Velez, X. (2008). *Manual de estimulación en útero dirigido a gestantes*. Ecuador: Universidad del Azuay.
- Rodríguez-Cortés, Y. M. y Mendieta Zeron, H. (2014). La placenta como órgano endocrino compartido y su acción en el embarazo normoevolutivo. *Revista De Medicina e Investigación, ELSEVIER, 2(1)*, 28-34.
- Roldán, D. A. (2006). Modelos históricos de articulación entre la fe y la razón. *Mnesis, 2*, 111-114.
- Romani Romani, F., Quispe Huayta, J. y Rodriguez Briceño, P. (2007). Percepción sobre la experiencia del tacto vaginal durante el trabajo de parto. *CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana, 12(1)*, 11-15.
- Rousseau, P. V., Matton, F., Lecuyer, R., y Lahaye, W. (2017). The moro reaction: More than a reflex, a ritualized behavior of non-verbal communication. *Infant Behavior & Development, 46*, 169-177.
- Rosselli, M. (2003). Maduración cerebral y desarrollo cognoscitivo. *Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Niñez y Juventud., 1(1)*, 125-144.
- Rúa Arias, A. (2015). Los cuidados maternos y su relevancia en la salud mental: Efectos de la primera experiencia vinculación del sujeto. *Revista Electrónica Psyconex, 7(11)*, 1-16.
- Ruiz, J. (2016). Focus group y grupo de discusión: Similitudes y diferencias. *XII Congreso Español de Sociología. España: FES*, 1-9.
- Salas, J. A. (2012). *Historia general de la educación*. México: Red Tercer Milenio.

- Saldaña Díaz, M. N. (2016). Alcance y límites de la defensa de la libertad de expresión en la teoría política de Baruch Spinoza. *Historia Constitucional*, 17, 15-44.
- Salmon, V. E., Hay-Smith, E. J. C., Jarvie, R., Dean, S., Oborn, E., Bayliss, S. E. y Pearson, M. (2017). Opportunities, challenges and concerns for the implementation and uptake of pelvic floor muscle assessment and exercises during the childbearing years: Protocol for a critical interpretive synthesis. *Systematic Reviews*, 6(1), 18-28.
- San Martín, D. (2014). Teoría fundamentada y Atlas.ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 16(1), 104-122.
- Sánchez, M. (2007). *El embarazo contado con sencillez*. Madrid: MAEVA Ediciones.
- Sánchez-Valverde Visus, C. (2011). *La animación sociocultural y la educación especializada como manifestaciones educativas en un espacio social*. España: Universidad de Barcelona.
- Santiago, J. y Roussos, A. (2010). *El focus group como técnica de investigación cualitativa*. Argentina: Departamento de Investigaciones Area de Psicología Clínica de la Universidad de Belgrano.
- Serrano, B. y Bosisio, A. (2018). *Acompañamiento pedagógico durante la etapa prenatal, nacimiento y postnatal desde la figura de la "doula": Una revisión de la investigación*. En Herrán Gascón, A. de la, Hurtado Fernández, M. y García Sempere, P., *Educación prenatal y pedagogía prenatal: Nuevas perspectivas para la investigación, la enseñanza y la formación*, 397-430. España: REDIPE.

- Shia, N. y Alabi, O. (2013). An evaluation of male partners' perceptions of antenatal classes in a national health service hospital: Implications for service provision in London. *The Journal of Perinatal Education*, 22(1), 30-42.
- Sierra, R. (2001). Unidades de observación y variables. *Técnicas De La Investigación Social. Ediciones Parainfo*, 96-123.
- Sjöberg Brixval, C., Caspar Thygesen, L., Forberg Axelsen, S., Gluud, C., Winkel, P., Lindschou, J. y Koushede, V. (2016). Effect of antenatal education in small classes versus standard auditorium-based lectures on use of pain relief during labour and of obstetric interventions: Results from the randomised NEWBORN trial. *BMJ Open*, 6(6), 1-11.
- Smith, N. (2015). Engaging mothers and fathers with learning disabilities in antenatal education. *International Journal of Birth and Parent Education.*, 2(3), 7-10.
- Soubeiga, D., Gauvin, L., Hatem, M. A. y Johri, M. (2014). Birth preparedness and complication readiness (BPCR) interventions to reduce maternal and neonatal mortality in developing countries: Systematic review and meta analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(10), 129-140.
- Sousa, S. F., Santiago, S. B., Bernardes, V. P., Aozani, T. S. y Souza, H. U. S. (2016). Influência da escola escolástica no desenvolvimento científico. *Revista EM FOCO-Fundação Esperança/IESPES*, 2(24), 83-96.
- Suto, M., Takeharab, K., Yamanec, Y. y Otad, E. (2017). Effects of prenatal childbirth education for partners of pregnant women on paternal postnatal mental health and couple relationship: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 210, 115-121.

- Tibán, L. (2016). *Proyecto de Ley de Práctica Intercultural para el Parto Humanizado en el Sistema Nacional de Salud*. Asamblea Nacional del Ecuador.
- Toscani Gómez, M. A. (2016). Cesáreas en aumento: La postergación del derecho al parto respetado. *Revista Redbioética/UNESCO*, 2(14), 116-125.
- Unicef. (2011). *Ejercicios de estimulación temprana*. México: Talleres Gráficos de México.
- Universidad Técnica de Cotopaxi (2014) *Reglamento de protección a estudiantes en estado de gestación, parto y posparto*. Ecuador.
- Varela, N. (2014). *Feminismo para principiantes*. Barcelon: Ediciones B.S.A.
- Vargas-Rubilar, J. y Arán-Filippetti, V. (2014). Importancia de la parentalidad para el desarrollo cognitivo infantil: Una revisión teórica. *Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(1), 171-186.
- Velasco Castro, A. J. y Alonso, L. (2008). Sobre la teoría de la educación dialógica. *Educere*, 12(42), 461-470.
- Velasco Gálvez, A. R. (2001). La unión-separación, base del proceso de desarrollo psicomotor del niño. *Indivisa. Boletín De Estudios e Investigación*, 2, 129-138.
- Velázquez Veliz de Martinez, A. P. (2018)
Programa de ejercicio físico en combinación con técnicas de relajación y respiración para mejorar el estado físico durante el tercer trimestre del embarazo.
Estudio realizado en el hospital materno infantil, Juan Pablo II, Mixco, Guatemala, año 2017.

- Velásquez Veliz de Martínez, A.P. (2018). *Programa de ejercicio físico en combinación con técnicas de relajación y respiración para mejorar el estado físico durante el tercer trimestre del embarazo. Estudio realizado en el Hospital Materno Infantil Juan Pablo II, Mixco, Guatemala, año 2017*. [Tesis de grado]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- Vera Noriega, J. A., Morales Nebuay, D. K. y Vera Noriega, C. (2005). Relación del desarrollo cognitivo con el clima familiar y el estrés de la crianza. *Psicousf*, 10(2), 161-168.
- Veras, E. (2010). Historia de vida: ¿Un método para las ciencias sociales? *Cinta Moebio*, 39, 142-152.
- Vila Candel, R., Mateu Ciscar, C., Bellvis Vázquez, E., Planells-López, E., Requena-Marín, M. y Gómez Sánchez, M. J. (2015). Influencia del programa de educación maternal en el cambio de preferencias del plan de parto en gestantes del departamento de salud de La Ribera. *Matronas Prof.*, 16(1), 28-36.
- Villarroel Dávila, P. (2015). Recorrido metodológico en educación inicial. *Sophia, Universidad Politécnica Salesiana Del Ecuador*, 19, 153-170.
- Vincent, L. J.(1991). *Born substance exposed, educationally vulnerable*. Estados Unidos: Publicaciones ERIC.
- Vural, F., Vural, B. y Cakiroglu, Y. (2016). The effect of combined antenatal and postnatal counselling on postpartum modern contraceptive use: Prospective case-control study in kocaeli, Turkey. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, 10(4), 4-7.
- Wallace, L., y Lara, L. (2009). El derecho de acompañamiento durante el parto. *Revista Horizonte De Enfermería De La Universidad Católica De Chile*, 20(2), 45-51.

Walsh, C. (2009). Interculturalidad crítica y educación intercultural. *"Interculturalidad y Educación Intercultural"*, 75, 1-18.

APÉNDICES:

Apéndice A: Ficha de Caracterización para Grupo Focal.

| | | | |
|---|--|--|---|
| FICHA DE CARACTERIZACIÓN: | | | |
| Investigación: Diseño, implementación y evaluación de un programa formativo en educación prenatal y posnatal en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador. | | | |
| Investigador: Agnese Bosisio, Universidad de Extremadura. | | | |
| Información: Estimado participante al grupo de discusión: a continuación se encuentran redactadas algunas preguntas destinadas a caracterizar la población investigada dentro de una tesis doctoral, para lo cual se le solicita de la manera más comedida pueda emitir su criterio con libertad, teniendo en cuenta que se va a mantener su anonimato. Agradezco su colaboración. | | | |
| 1. | ¿Cuántos años tenía cuando se embarazó? (Marque con una X) | Menos de 18 Entre 18 y 22 Entre 22 y 25 Más de 25 | () () () () |
| 2. | ¿Cuántos embarazos ha tenido durante su formación académica universitaria? (Marque con una X) | | 1 () 2 () 3 () Más de 3 () |
| 3. | ¿Qué periodo académico de su formación universitaria estaba cursando cuando se embarazó? (Marque con una X) | Nivelación Entre el 1ro y el 3ro Entre el 3ro y el 6to Entre el 6to y el 10mo | () () () () |
| 4. | ¿Cómo se define? (Marque con una X) | Mestizo Blanco Montubio Afroecuatoriano Indígena Otro | () () () () () () |
| 5. | ¿Usted es oriundo de la provincia de Cotopaxi o de otra provincia? (Marque con una X) | Cotopaxi Otra | () () |
| 6. | ¿Cuántos controles médicos se realizó durante el embarazo? (Marque con una X) | Menos de 3 Entre 3 y 6 Entre 6 y 9 Más de 9 | () () () () |
| 7. | ¿Qué tipo de parto tuvo? | Natural | () |

Apéndice B: Cuestionario Grupo Focal.

| CUESTIONARIO PARA GRUPO DE DISCUSIÓN | |
|---|---|
| | Investigación: Diseño, implementación y evaluación de un programa formativo en educación prenatal y posnatal en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador. |
| | Investigador: Agnese Bosisio, Universidad de Extremadura |
| | Información: Estimado participante del grupo de discusión: a continuación se encuentran redactadas algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación que se está llevando a cabo dentro de una tesis doctoral, para lo cual se le solicita de la manera más comedida pueda emitir su criterio con libertad, teniendo en cuenta que se va a mantener su anonimato. Para garantizar la integridad de su aporte, la conversación será grabada. Agradezco su colaboración. |
| PRIMERA DIMENSIÓN: EDUCACIÓN EN LA FASE PRENATAL | |
| 1. | ¿Asistió a un programa de formación prenatal o de preparación al parto? ¿Alguna persona asumió con usted un rol de acompañamiento pedagógico durante su embarazo? ¿quién? |
| 2. | ¿Recibió información sobre alimentación, hábitos de vida saludable, prácticas de higiene física, mental y emocional, actividad física, prácticas de estimulación temprana durante el embarazo en beneficio del desarrollo de su bebé? ¿Recibió información sobre los posibles daños generados al bebé por el estrés, tabaquismo, consumo de alcohol, drogas o medicamentos? ¿Por parte de quién? [Nota: En hábitos de vida saludable se incluyen aspectos tales como el descanso, el contacto con la Naturaleza en la medida de lo posible, oxigenar la sangre con una buena respiración, etc.] |
| 3. | Durante su embarazo, ¿sufrió en algún momento discriminación por parte de algún actor del contexto universitario? Describa qué ocurrió. |
| SEGUNDA DIMENSIÓN: EDUCACIÓN EN EL PARTO | |
| 4. | ¿Recibió información sobre sus derechos legales como madre y los de su bebé para tener un parto respetado (respeto de los tiempos de su cuerpo, privacidad e intimidad, derecho a estar acompañada por alguna persona de su elección, trato humano del personal de salud, información sobre el proceso, formas de control del dolor)? ¿Por parte de quién? |
| TERCERA DIMENSIÓN: EDUCACIÓN EN LA FASE POSNATAL | |
| 5. | ¿Recibió información sobre la importancia de que su bebé lacte durante la primera hora de nacido? ¿Recibió información sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y complementaria durante los primeros dos años? ¿Por quién? ¿Cómo influyó en su proceso de lactancia? |
| 6. | ¿Recibió información sobre los beneficios del colecho, contacto piel a piel, función fisiológica del llanto del bebé? Si su respuesta es sí, ¿por parte de quién? |
| 7. | ¿Cuánto tiempo después del parto regresó a sus actividades académicas en la universidad y cómo eso influyó su proceso de lactancia y maternidad? |
| 8. | En su opinión ¿Qué elementos y modalidades debería contener un programa de educación pre y posnatal dirigido a estudiantes universitarias? |

Apéndice C: Instrumento de Validación Cuestionario Grupo Focal.

| Guía de evaluación para el instrumento de: Grupo de Discusión | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|----|--------------------|----|--------------------|----|--------------------|----|--------------------|----|--------------------|----|--------------------|----|--------------------|----|
| Investigación: | Diseño, implementación y evaluación de un programa formativo en educación prenatal y posnatal en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Investigador: | Agnese Bosisio, Universidad de Extremadura | | | | | | | | | | | | | | | |
| Experto Evaluador 1: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Perfil Profesional del Experto: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objetivo de esta guía: | Validar instrumento para grupo de discusión. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objetivo de la investigación: | Comprender las acciones educativas realizadas o no realizadas por la Universidad Técnica de Cotopaxi, en relación a las estudiantes que durante su formación académica se convirtieron en madres. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Criterios a evaluar: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de ítem | Pregunta 1. | | Pregunta 2. | | Pregunta 3. | | Pregunta 4. | | Pregunta 5. | | Pregunta 6. | | Pregunta 7. | | Pregunta 8. | |
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Claridad en la redacción. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sesgo (Inducción a la respuesta) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Redacción adecuada a la población en estudio. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contribuye a los objetivos de la investigación. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contribuye a describir el constructo en estudio. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Observaciones: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma del Experto Evaluador: | | | | | | | | | | | | | | | | |


Apéndice D: Validación Cuestionario Grupo Focal, Experto 1.

| CUESTIONARIO PARA GRUPO DE DISCUSIÓN | |
|---|--|
| | Investigación: Diseño, implementación y evaluación de un programa formativo en educación prenatal y posnatal en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador. |
| | Investigador: Agnese Bosisio, Universidad de Extremadura |
| | Información: Estimado participante al grupo de discusión: a continuación se encuentran redactadas algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación que se está llevando a cabo dentro de una tesis doctoral, para lo cual se le solicita de la manera más comedida pueda emitir su criterio con libertad, teniendo en cuenta que se va a mantener su anonimato. Para garantizar la integridad de su aporte, la conversación será grabada. Agradezco su colaboración. |
| PRIMERA DIMENSIÓN: EDUCACIÓN EN LA FASE PRENATAL | |
| 1. | ¿Ha asistido a algún programa de formación prenatal o de preparación al parto? ¿Alguna persona asumió con usted un rol de acompañamiento pedagógico durante su embarazo? Si su respuesta es sí, ¿quién? HAY CAMBIOS. |
| 2. | En ese o esos programas, ¿recibió información sobre alimentación, prácticas de higiene, actividad física, ambiente social y emocional, prácticas de estimulación temprana durante el embarazo en beneficio del desarrollo de su bebé? ¿Recibió información sobre los posibles daños generados al bebé por el tabaquismo, consumo de alcohol, drogas o medicamentos? Si su respuesta es SI: ¿Por parte de quién? HAY CAMBIOS. |
| 3. | Durante su embarazo, ¿sufrió en algún momento discriminación por parte de algún actor del contexto universitario? Si su respuesta es Sí, describa qué ocurrió. HAY CAMBIOS. |
| SEGUNDA DIMENSIÓN: EDUCACIÓN EN EL PARTO | |
| 4. | ¿Recibió información sobre sus derechos como madre y los de su bebé para tener un parto respetado (respeto de los tiempos de su cuerpo, privacidad e intimidad, derecho a estar acompañada por alguna persona de su elección, trato humano del personal de salud, información sobre el proceso, formas de control del dolor)? Si su respuesta es SI: ¿Por parte de quién? HAY CAMBIOS. |
| TERCERA DIMENSIÓN: EDUCACIÓN EN LA FASE POSNATAL | |
| 5. | ¿Recibió información sobre la importancia de que su bebé lacte durante la primera hora de nacido? ¿Recibió información sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y complementaria durante los primeros dos años? Si su respuesta es sí, ¿por quién? ¿Cómo influyó en su proceso de lactancia materna? HAY CAMBIOS. |
| 6. | ¿Recibió información sobre los beneficios del colecho, contacto piel a piel, función fisiológica del llanto del bebé? Si su respuesta es sí, ¿por parte de quién? HAY CAMBIOS. |
| 7. | ¿Cuánto tiempo después de haber dado a luz regresó a sus actividades académicas en la universidad y cómo eso influyó su proceso de lactancia materna y maternidad? HAY CAMBIOS. |
| 8. | En su opinión ¿Qué elementos y modalidades debería contener un programa de educación pre y posnatal dirigido a estudiantes universitarias? QUITAR LA UNIVERSIDAD. |

Apéndice E: Validación Cuestionario Grupo Focal, Experto 2.

| Guía de evaluación para el instrumento de: Grupo de Discusión | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----------|--|-----------|--------------------|-----------|--------------------|-----------|---|-----------|--------------------|-----------|---|-----------|--------------------|-----------|
| Investigación: | Diseño, implementación y evaluación de un programa formativo en educación prenatal y posnatal en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Investigador: | Agnese Bosisio, Universidad de Extremadura | | | | | | | | | | | | | | | |
| Experto Evaluador N.2: | Manuel Hurtado, Asociación Nacional de Educación Prenatal (ANEP) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Perfil Profesional del Experto: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objetivo de esta guía: | Validar instrumento para grupo de discusión. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objetivo de la investigación: | Comprender las acciones educativas realizadas o no realizadas por la Universidad Técnica de Cotopaxi, en relación a las estudiantes que durante su formación académica se convirtieron en madres. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Criterios a evaluar: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de ítem | Pregunta 1. | | Pregunta 2. | | Pregunta 3. | | Pregunta 4. | | Pregunta 5. | | Pregunta 6. | | Pregunta 7. | | Pregunta 8. | |
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Claridad en la redacción. | x | | x | | x | | x | | x | | x | | x | | x | |
| Sesgo (Inducción a la respuesta) | x | | x | | x | | x | | x | | x | | x | | x | |
| Redacción adecuada a la población en estudio. | x | | x | | x | | x | | x | | x | | x | | x | |
| Contribuye a los objetivos de la investigación. | x | | x | | x | | x | | x | | x | | x | | x | |
| Contribuye a describir el constructo en estudio. | x | | x | | x | | x | | x | | x | | x | | x | |
| Observaciones: | | | La Educación Prenatal incluye algunos aspectos que considero no están suficientemente contemplados en la pregunta. Para obviar esto, sugiero que se incluya en su formulación lo siguiente (va resaltado en mayúsculas): "... ¡recibí información sobre alimentación, HABITOS DE VIDA SALUDABLE , prácticas de higiene FÍSICA, MENTAL Y EMOCIONAL , actividad física...? ¿... daños generados al bebé por el ESTRÉS , tabaquismo, ...? [Nota: En hábitos de vida saludable se incluyen aspectos tales como el descanso, el contacto con la Naturaleza en la medida de lo posible, oxigenar la sangre con una buena respiración, etc.] | | | | | | La redacción actual ("¿Cómo influyó en su proceso de lactancia materna?") quizás pueda inducir a presuponer que efectivamente se optó por la lactancia materna. | | | | La redacción actual ("... cómo eso influyó su proceso de lactancia materna...") quizás pueda inducir a presuponer que efectivamente se optó por la lactancia materna. | | | |
| Firma del Experto Evaluador: | | | | | | | | | | | | | | | | |

Apéndice F: Validación Cuestionario Grupo Focal, Experto 3.

| Guía de evaluación para el instrumento de: Grupo de Discusión | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|----|-------------|----|-------------|----|-------------|----|-------------|----|-------------|----|-------------|----|-------------|----|
| Investigación: | Diseño, implementación y evaluación de un programa formativo en educación prenatal y posnatal en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Investigador: | Agnese Bosio, Universidad de Extremadura | | | | | | | | | | | | | | | |
| Experto Evaluador 1: | Ph.D. Juan José La Calle, Universidad Técnica de Cotopaxi | | | | | | | | | | | | | | | |
| Perfil Profesional del Experto: | Doctor en Sociología, Universidad Complutense de Madrid - Docente de Grado y Posgrado U | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objetivo de esta guía: | Validar instrumento para grupo de discusión. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objetivo de la investigación: | Comprender las acciones educativas realizadas o no realizadas por la Universidad Técnica de Cotopaxi, en relación a las estudiantes que durante su formación académica se convirtieron en madres. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Criterios a evaluar: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de ítem | Pregunta 1. | | Pregunta 2. | | Pregunta 3. | | Pregunta 4. | | Pregunta 5. | | Pregunta 6. | | Pregunta 7. | | Pregunta 8. | |
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Claridad en la redacción. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sesgo (Inducción a la respuesta) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Redacción adecuada a la población en estudio. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contribuye a los objetivos de la investigación. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contribuye a describir el constructo en estudio. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Observaciones: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma del Experto Evaluador: |  | | | | | | | | | | | | | | | |

Apéndice G: Codificación de Sujetos Informantes del Grupo Focal.

Tabla G1

Codificación de Sujetos Informantes del Grupo Focal.

| Número | Rol | Código |
|--------|--|----------|
| 1 | Estudiante de la U.T.C. que se embarazó durante su formación académica universitaria y que participó en el Grupo de Discusión. | EEUTCGF1 |
| 2 | Estudiante de la U.T.C. que se embarazó durante su formación académica universitaria y que participó en el Grupo de Discusión. | EEUTCGF2 |
| 3 | Estudiante de la U.T.C. que se embarazó durante su formación académica universitaria y que participó en el Grupo de Discusión. | EEUTCGF3 |
| 4 | Estudiante de la U.T.C. que se embarazó durante su formación académica universitaria y que participó en el Grupo de Discusión. | EEUTCGF4 |
| 5 | Estudiante de la U.T.C. que se embarazó durante su formación académica universitaria y que participó en el Grupo de Discusión. | EEUTCGF5 |

| | | |
|----|--|-----------|
| 6 | Estudiante de la U.T.C. que se embarazó durante su formación académica universitaria y que participó en el Grupo de Discusión. | EEUTCGF6 |
| 7 | Estudiante de la U.T.C. que se embarazó durante su formación académica universitaria y que participó en el Grupo de Discusión. | EEUTCGF7 |
| 8 | Estudiante de la U.T.C. que se embarazó durante su formación académica universitaria y que participó en el Grupo de Discusión. | EEUTCGF8 |
| 9 | Estudiante de la U.T.C. que se embarazó durante su formación académica universitaria y que participó en el Grupo de Discusión. | EEUTCGF9 |
| 10 | Estudiante de la U.T.C. que se embarazó durante su formación académica universitaria y que participó en el Grupo de Discusión. | EEUTCGF10 |

Nota. Elaborado por A. Bosisio/Investigadora

Apéndice H: Transcripción Original y Completa del Grupo Focal.

Realizado el día 16 de Julio del 2019.

Laboratorio 1 del Centro de Idiomas de la Universidad Técnica de Cotopaxi.

10 Participantes.

PREGUNTA 1:

¿Asistió a un programa de formación prenatal o de preparación al parto? ¿Alguna persona asumió con usted un rol de acompañamiento pedagógico durante su embarazo? ¿quién?

EEUTCGF3: No asistí a un programa de educación prenatal, porque no tuve la facilidad y tampoco había en ese entonces un programa de formación prenatal. Pero las personas que asumieron ese rol y me ayudaron y me dieron pautas y consejos durante mi embarazo fue mi mamá y la abuelita de mi hijo. Ellas me acompañaron durante este proceso y como ellas ya pasaron por esto, entonces ya tenían el conocimiento.

EEUTCGF2: De igual forma no asistí a un programa de educación prenatal, sin embargo quien también estuvo conmigo es mi familia, específicamente mi hermana y mi mamá, con su experiencia me decía qué sería lo que pasaría, para tener un indicio de cuando iba a iniciar el parto o algo así...

EEUTCGF1: El mismo caso de las chicas no tuve un programa de formación prenatal, por cuestión de tiempo, porque yo estudiaba y no tenía el tiempo suficiente para eso, pero si, quien asumió el rol fue mi mamá, por la experiencia y los años, y ya vivió todo esto y fue ella quien me dijo más o menos como serían las cosas.

EEUTCGF4: Tampoco asistí a un programa de formación ya que yo vine a vivir aquí en Latacunga por un tiempo y estuve con mi esposo, pero al venir a la universidad se puede decir que el acompañamiento pedagógico que tuve fue con la profesora que nos impartía las clases de puericultura, entonces ahí pude yo ver las etapas de mi embarazo.

EEUTCGF7: Igual en mi caso, no asistí a ningún programa, pero mi mamá me orientó sobre como iba a ser el parto, durante el embarazo los riesgos y complicaciones que podía tener, porque viajaba todos los días desde Baños, y los cuidados que debía tener.

EEUTCGF6: En mi caso si asistí a un programa de formación prenatal, en el Subcentro de Salud, cerca de mi casa. Ahí me dieron unos folletos, y me educaban sobre cómo iba a ser mi proceso de embarazo, qué síntomas debía tener, qué no, cómo me debía sentir. Y a su vez mi mamá también me decía su idea de cómo iba a ser el proceso.

EEUTCGF8: De igual manera yo no asistí a ningún tipo de formación prenatal, la verdad mi rol era muy duro porque yo durante el transcurso del embarazo tenía que estudiar, tenía que trabajar, yo estaba en el colegio, era muy complicado. Las personas que asumieron ese rol fueron mi abuelita, mi mami y mi tía, que eran personas que ya tenían experiencia en ese aspecto y me decían cómo iba a ser, cuales iban a ser los cambios, que tenía que hacer, cómo tenía que prepararme mentalmente y psicológicamente.

EEUTCGF9: No tuve una formación prenatal, por el motivo de que estudio y los fines de semana trabajaba y la persona que asumió este papel de acompañamiento pedagógico fue mi mamá. Ella me decía lo típico: "tienes que cuidarte, tienes que alimentarte bien, ya no tienes que pensar por uno, come por dos..." y es como una ayuda porque nos dan información de cómo vamos a vivir el día a día, para el bien de nuestro hijos y el nuestro.

PREGUNTA 2:

¿Recibió información sobre alimentación, hábitos de vida saludable, prácticas de higiene física, mental y emocional, actividad física, prácticas de estimulación temprana durante el embarazo en beneficio del desarrollo de su bebé? ¿Recibió información sobre los posibles daños generados al bebé por el estrés, tabaquismo, consumo de alcohol, drogas o medicamentos? ¿Por parte de quién? [Nota: En hábitos de vida saludable se incluyen aspectos tales como el descanso, el contacto con la Naturaleza en la medida de lo posible, oxigenar la sangre con una buena respiración, etc.]

EEUTCGF1: La información la recibí por parte de mi médico ginecólogo y por parte de mi mamá. Mi mamá siempre decía que a los niños hay que educarlos desde el vientre, hay que incentivarlos desde el vientre, que hay que ponerles música, a parte tenía que alimentarme bien. Yo viajaba todos los días desde Ambato y a veces no tenía la oportunidad de comer bien, pero sin embargo siempre me dijo lo que tenía que hacer, trataba de hacerlo y bueno creo que sí lo logré, mi hija está sana, no pasó nada. Sobre el tabaquismo y eso creo que lo recibí en el colegio, en el colegio me enseñaron lo que era bueno para un embarazo y lo que no era bueno para un embarazo. Y bueno el ginecólogo y mi mamá me decían que no debo tomar alcohol y bueno el estrés si me acuerdo que el médico me dijo que esto de viajar y estudiar y ser mamá si causaba un poco de estrés, entonces me decía que tengo que controlarme un poco para que no pase nada.

EEUTCGF5: La información yo la recibí por parte del médico que me realizaba los controles, me explicaba acerca de la alimentación que nosotros debemos tener para que el bebé tenga un buen peso, un buen desarrollo dentro de mi. En mi familia, como no tengo mi mamá, mi abuelita, mis tías que pasaron por eso, supieron aconsejarme sobre los alimentos que se deben consumir. Y

acerca del tabaquismo y el consumo de alcohol, en los centros de salud, existen folletos que explican que esas cosas son malas para el bebé, por lo que debemos tener precaución.

EEUTCGF2: De igual manera la información la recibí por parte del ginecólogo y por parte de un nutricionista. Además durante todo el embarazo trataba de auto-educarme viendo videos, trataba de hacer ejercicios de respiración para el parto. Además influye bastante la familia, siempre diciéndonos qué es bueno y qué es malo y también los daños que causa el estrés, como la mayoría somos estudiantes teníamos que buscar un equilibrio entre el estudio que es estresante pero también buscar el bienestar de nuestro bebé y buscar la manera de no estresarnos tanto por las materias que teníamos.

EEUTCGF3: Igual recibí información de mi ginecóloga, ella me decía en cada control los nutrientes que debía consumir, para que mi bebé se desarrolle correctamente, para que no tengamos problemas tanto la madre como el bebé, de anemia al momento de que el niño nazca. Las prácticas de estimulación igual me decía la ginecóloga que tenía que ponerle música, hacerle sonidos, hablarle, acercarle al papá para que el niño vaya ya desde el vientre socializando con el ambiente. En cuanto al deporte a mí me mandó a caminar mucho, me decía que tengo que caminar muchísimo, igual mi mamá me decía que tenía que caminar mucho para tener facilidad al momento de dar a luz porque las caderas a la mujer se le ensanchan cuando camina, entonces para tener esa posibilidad de tener un parto natural. En cuanto se refiere al consumo de drogas, al tabaquismo, al alcohol, desde el colegio nos decían a nosotros, igual el ginecólogo y la familia, que esto produce que el niño nazca con algún problema especial, o enfermo. Es por ello que totalmente me prohibieron el tabaquismo, el consumo de alcohol (bueno no lo consumía, pero igual), entonces en cuanto a esto si tuve la responsabilidad de mi ginecóloga y de mi mamá.

EEUTCGF7: En mi caso, desde el inicio de mi embarazo, mi mami me orientaba sobre la alimentación, pero a partir de los cuatro meses me guió una nutricionista, porque tenía anemia, entonces hasta el final del embarazo ella me guió para poder comer cinco veces al día, para mejorar también el peso de mi bebé, porque estaba mal. De ahí, de lo de las drogas y el alcohol, creo que desde el colegio se recibió eso, que era prohibido consumir para el bienestar del bebé.

EEUTCGF8: En cuanto a la información sobre los hábitos alimenticios lo recibí por parte del ginecólogo que era el encargado de llevar mis controles mensuales, y él me decía todo, qué tenía que comer, cómo debía estar, que debía estar tranquila porque de hecho yo fui madre soltera a los 16 años, tenía una situación bastante compleja, pasaba solo llorando, el doctor me decía que esté tranquila porque todo lo que yo lloraba y pasaba mal, triste, le transmitía a mi hija. De hecho mi hija nació como una niña muy triste, lloraba bastante, entonces si se vio reflejado. En cuanto al consumo de droga, alcohol, tabaquismo, siempre desde el hogar, yo creo que son esos valores, yo me crecí con mis abuelitos y ellos me han formado con esos valores, no alcohol, no droga, no tabaquismo... entonces no había nada de eso.

EEUTCGF6: En cuanto a la información recibida sobre alimentación, la recibí por parte de mi ginecóloga y a su vez de mi mamá. Ya que ellas me decían qué debía comer, qué no debía comer, cómo alimentarme bien para que mi nena nazca sanita. Y en cuanto a lo emocional, también mi ginecóloga me decía que debía hablarle a mi hija, que tenía que estimularle, frotarle la pancita para que ella se mueva, sienta al ambiente al que va a venir a este mundo. En cuanto a lo del tabaco y el alcohol lo recibí desde el colegio, había un programa de embarazo en la adolescencia en donde nos informaban que no debíamos consumir este tipo de bebidas ya que le hacían daño a nuestros hijos, podían nacer con malformaciones...

EEUTCGF9: De los alimentos me informó mi ginecólogo, que eran 5 comidas al día, a parte de eso me daba vitaminas, hierro, calcio, para tener un bebé saludable. Eso del alcohol y las bebidas viene de uno mismo, porque cuando uno está embarazada tiene otro ser dentro de uno mismo tiene que pensar que se le puede perjudicar y puede nacer con una enfermedad grave o crónica.

Pregunta 3: Durante su embarazo, ¿sufrió en algún momento discriminación por parte de algún actor del contexto universitario? Describa qué ocurrió.

EEUTCGF2: Bueno discriminación así que me haya sentido tan mal no, pero si creo que las miradas influyen bastante, porque es como que uno se levanta, todos te quedan viendo de pies a cabeza y eso si me pasaba de hecho con todos los compañeros y ninguno ni siquiera, bueno sabían que estaba embarazada si, si pero nadie era capaz de preguntarme algo, solo era con la mirada, si me desplazaba por el aula era todos regresarme a ver, en ocasiones si sentía que entre ellos por ahí conversaban y eso, pero no pasó a más.

EEUTCGF1: Lo mismo que mi compañera, sufrí lo mismo, siempre había el rumor de que estaba embarazada, que si me levantaba me veían la barriga, que si esto, que si lo otro. Y lo que si me pasó fue algo medio curioso fue con una docente que le pedí permiso, mi barriga no se notaba mucho, o sea en realidad mi embarazo no se notaba mucho, se notó cuando tenía 8 meses, ahí si fue como que salió la barriga, entonces yo le pedí permiso porque tenía que ponerme unos sueros, faltar a su hora porque tenía que hacer esto y me dijo como así? Y le dije, es que estoy embarazada y solo me descubrí para que viera que si estaba embarazada y me dijo “cómo puede ser esto? Yo no me había dado cuenta de esto...” en ese momento fue como que yo entendí que ella me quiso decir “cómo pudiste hacerlo? Estas estudiando, entonces prácticamente no tienes nada, entonces cómo pudiste quedar embarazada?” entonces fue como la sorpresa del docente y la incomodidad con mis compañeros, era lo mismo, en las miradas, no se atrevían a preguntar

a veces y a veces venían y te lo preguntaban. O tuve también una ocasión en que una compañera vino y directamente me tocó la barriga y me dijo “estás embarazada!” para mi fue un abuso porque es mi barriga, es mi bebé y es mi cuerpo. Entonces ese tipo de cosas si incomodan, te hacen sentir como que para ellos es un error pero para uno que ya tiene sus hijos, no es un error.

EEUTCGF4: Yo no he sufrido ningún tipo de discriminación, pero si es algo molesto ver lo que a tus compañeras les dicen, por ejemplo el hecho de ser madre uno tiene más responsabilidades porque primero es madre y después es estudiante, entonces ocurre que tengo compañeras que también han estado embarazadas o que tienen sus bebés y se nos hace a veces complicado cumplir con algunas cosas porque tenemos todo encima, pero los profesores, de hecho a mi compañera le ha dicho “tú debes estar arrepentida de lo que hiciste” y son palabras fuertes “yo no sé ustedes porque tienen que abrir las piernas” dicen así. Entonces nosotras que somos madres nos afecta eso, y decimos que no podemos arrepentirnos de algo que es nuestro, es nuestra responsabilidad, es nuestro problema y nosotros vemos la manera de salir adelante, pero ellos no tienen por qué decirnos en palabras fuertes, pero si se vive discriminación por parte de docentes más que de compañeros.

EEUTCGF3: En mi caso, cuando yo estuve embarazada recibí todo el apoyo de mis compañeras, de mis compañeros, especialmente de mis compañeros varones ellos tenían mucha consideración conmigo cuando yo estaba en ese estado. Y estaba más o menos con 5 meses de embarazo, obviamente no se me notaba, pero tenía ese apoyo y atención (...) En cuanto a los docentes, al principio fue el asombro de que estaba embarazada pero hubo un docente que decía “es algo normal, que pasa, así es la vida, es su compañera y ustedes tienen que darle todo el apoyo porque está estudiando, va a ser madre y es estudiante y a todos en algún momento nos puede pasar”. Entonces en esa etapa era como que me daba una emoción muy bonita porque mis compañeros eran afectuosos y atentos. Yo no sufrí. Pero en algún momento vi que

si había docentes que se molestaban por el hecho que alguna alumna esté embarazada, molestia, asombro y no se dan cuenta que en verdad afectan a la persona emocionalmente. A parte de emocionalmente es cómo que se siente que: está embarazada está mal o porque está embarazada no sabe, no puede. Esa discriminación si se sufre dentro de la institución. Y eso que son docentes preparados, docentes universitarios y no tienen todavía la mente abierta de que se puede quedar embarazada pero no es algo del otro mundo sino es algo normal, somos seres humanos.

EEUTCGF9: Bueno por mi parte no recibí discriminación, era nueva en esta universidad, tampoco se me notaba la barriga, una compañera me ayudaba bastante en la alimentación, ella me ayudaba bastante, a veces no podía venir por los controles ella me ayudaba bastante. En el último periodo, teníamos clase en el último piso y los docentes entendían que no podía llegar a tiempo, tenía que subir todas las gradas, no había ascensor. Pero cuando mi hija tenía unos tres meses, a una compañerita, una compañerita estaba embarazada, por parte de una docente se escuchó una frase que creo que no se debería decir porque es la vida de uno... ella lo que le dijo fue que: "en la actualidad, con tantos métodos contraceptivos que hay, la que se embaraza es porque quiere" yo creo que no debería ser así.

EEUTCGF10: En mi caso tuve discriminación por un docente, de ahí todos me comprendían (incluso en las prácticas pre profesionales), pero en cambio con un docente, él si me dijo: "¿Por qué se embarazó? ¿Qué no quiere graduarse?" entonces yo me quedé loca porque yo decía "yo soy casada ¿por qué no me voy a poder embarazar?". Entonces el profesor me dijo: "¿qué no se quiere graduar? Su esposo es un inconsciente" eso a mí la verdad si me dolió y me afectó emocionalmente, entonces yo le dije "profesor, el bebé es mío, usted no va a pagar sus gastos" en ese momento el profesor se molestó conmigo. Pero a pesar de eso seguí, continué, haciendo muchos esfuerzos, encargando a mi hijo, sí se puede. Por eso puedo decirles que ánimo, a las

que recién están empezando o recién tienen a su bebé, sí pueden, continúen, lo que les digan los docentes no importa, continúen con sus metas, porque como decía alguien “hay que aguantar a los docentes solo hasta salir” una vez graduados (ríe) ustedes ya pueden trabajar y tranquilamente comenzar su propia vida y con su bebé.

EEUTCGF6: En mi caso, durante mi embarazo no creo que sufrí ninguna discriminación porque los docentes que yo tenía, bastante me comprendían, y no tuve ningún inconveniente, ya que yo me quedé embarazada durante las vacaciones, entonces ingresé a clases y como no perdí muchas clases tampoco sufrí discriminación por parte de mis compañeros ni nadie. Bueno mis compañeros y mis docentes me comprendían y me ayudaban. Con respecto a pregunta incomodas no me han hecho ni aquí en la universidad ni afuera.

Pregunta 4: ¿Recibió información sobre sus derechos legales como madre y los de su bebé para tener un parto respetado (respeto de los tiempos de su cuerpo, privacidad e intimidad, derecho a estar acompañada por alguna persona de su elección, trato humano del personal de salud, información sobre el proceso, formas de control del dolor)? ¿Por parte de quién?

EEUTCGF2: Bueno información antes (sobre el parto respetado) nunca la recibí, ya todo pasó, claro que cuando estuve en el momento del parto si me informaban de todo lo que iba a pasar, desde cuando ya me tocaba ingresar para el momento del parto, lo que estaban haciendo, cuando nació la bebé, como mi bebé tuvo un problema de respiración me informaron de lo que le estaban haciendo a la bebé para que no me preocupe, una vez que la bebé estaba bien la pusieron en su cuna, me informaban cual era el siguiente paso que se iba a proceder. En mi caso, todo el personal que estuvo a cargo el momento del parto me trataron bien y estuvieron

pendientes de mí, cuando estuve ya en la habitación con mi bebé, y creo que todo ese momento sí, antes no.

EEUTCGF1: Antes, como dice mi compañera, no, no recibí nada de ese tipo de información, cuando ya estuve en la última semana del embarazo, al noveno mes, el médico me dijo lo que iba a pasar, entonces me dijo de los dolores, de las contracciones, de todo lo que iba a ir sintiendo en la etapa del parto. Igual mi mamá me iba diciendo cómo iba a ser. Pero toda la información que me dieron, en mi caso no sirvió, porque no tengo dolores, entonces me hicieron la cesárea porque yo no tenía dolores, mi dolor es como un pinchazo de aguja y me recorría toda la barriga. Entonces toda esa información fue... si fue buena, porque yo me esperaba que vengan los dolores y seguir el proceso, pero en realidad nunca lo seguí.

EEUTCGF3: Antes de dar a luz no recibí ninguna información sobre los derechos tanto de la madre como del bebé, dentro del proceso del parto. En este caso, yo di a luz en el centro de salud, tuve dolores como 6 horas, el doctor no me dio información sobre el proceso, no dejaron que nadie entre conmigo. El personal, las enfermeras y el médico me decían, porque yo lloraba por el dolor que sentía, porque eran unos dolores sumamente incómodos, entonces me decían que no llore porque todavía me faltan como 12 horas de dolores y todavía no voy ni por la mitad. La doctora no tenía el debido respeto hacia mí, porque me gritaba y me decía incluso que deje de estar llorando porque el bebé me va a nacer con algo. Yo le decía a la enfermera que ya no avanzo, que siento como la necesidad de ir al baño y ella me decía que aún no es momento, y a las 6 de la mañana hubo cambio de doctor, la doctora viene me revisa y resulta que de hecho ya estaba asomando la cabeza del bebé, y en ese momento me dice que porque la enfermera no me revisó ni nada y era porque la enfermera solo gritaba. No se cumplió ni mis derechos como madre ni los derechos de mi hijo, entonces la doctora decía que si pasaba algo legalmente los responsables eran la enfermera y el médico saliente. Entonces en mi caso si no se cumplieron

los derechos, no tuve el conocimiento, porque si hubiera tenido el conocimiento necesario yo hubiera actuado y hubiera dicho no, estos son mis derechos, míos y de mi bebé, y por tanto usted tiene que respetarme.

EEUTCGF5: Yo si recibí información, tanto de parte de mi familia como de los doctores, igual unas semanas antes de dar a luz me supieron informar de todo respecto a los derechos que tengo yo y que tiene mi bebé. Yo fui a dar a luz en el centro de salud, me parecía muy factible porque había comentarios de que ahí las doctoras te atendían bien, mientras que en el hospital les trataban mal, les gritaban. Yo opté por dar a luz en el centro de salud pero no pude dar a luz ahí porque no había los implementos necesarios, ya que igual yo pasé un día sufriendo de dolores y todas las doctoras me comprendían, me ayudaban a cambiar de posición, a caminar para que siga dilatando. Lamentablemente no pude dar ahí, me llevaron por emergencia en la noche al hospital. En el centro de salud le dejaron entrar a mi esposo, tuve la oportunidad de que él me acompañe. En el hospital dijeron que no, entré por emergencia, le dijeron que espere afuera, y yo entré solita. Entonces me atendieron bien, aunque no tuve la oportunidad de que él estuviera ahí cuando mi pequeña nació, me supieron atender bien y supieron respetar los derechos que tenía yo y mi hijo.

EEUTCGF6: En mi caso yo si recibí toda la información necesaria de los derechos míos y de mi hija. A los tres meses de embarazo me hicieron llenar una ficha en la que indicaba: quien me iba a acompañar, porque medio me iba a trasladar, a qué sub centro de salud iba a acudir, y toda la información. Al momento de dar a luz me trasladé a la unidad de salud a la que me tocaba acudir, ahí las doctoras me atendieron súper bien, al principio (hasta hacer una ficha) no ingresó mi mamá, pero luego ya ingresó, tuvo la oportunidad de cortar el cordón umbilical, me lo pusieron en el pecho, le hicieron lactar ese momento, me hicieron trasladar a la camilla con mi nena, no

me la quitaron por nada porque hicieron todo ahí mismo. Entonces yo si tuve una buena acogida en el sub centro de salud.

EEUTCGF7: En mi caso, en cada control me manifestaban los derechos míos y de mi hija, y también me hicieron llenar la ficha que manifiesta mi compañera. Durante el parto estaba mi mami. Las contracciones empezaron a las 5 de la mañana, estaba hasta las dos de la tarde, como no eran tan seguidas y una de las reglas era que fueran cada dos, tres (duda) algo así. A las dos comenzaron un poco más fuertes, me acerqué al hospital donde una doctora super buena me atendió y me dijo que ya era labor de parto porque, bueno fue un poco forzado porque ya tenía 42 semanas de embarazo y ya no tenía líquido, entonces me dijo que ya tenía que nacer, entonces para tener fuerza me mandó a comer y a tomar líquidos. Ya regresé, me internaron, pero tenía que caminar, arrodillarme o como sea, para que se dilate. Mi hija nació a las 9 de la noche, me atendió bien, no me la separaron, la limpiaron, la pusieron junto a mi hasta que salga a la camilla y a recuperación.

EEUTCGF8: Por mi parte, yo no recibí ningún tipo de información sobre mis derechos, ni los derechos de mi hija. De hecho yo le tuve a mi hija muy joven, de 16 años, estamos hablando de 13 años atrás, donde la atención en los hospitales públicos era negligente, las enfermeras al verme a mí, muchacha, joven, sola, sin esposo sin nada, estaban solamente mi mamá y mi abuela, mis tías, no las dejaron entrar, me trataban super mal, me gritaban “eres una mocosa irresponsable, y ahora ¿qué piensas hacer con tu hija?” me decían un montón de cosas terribles, yo solo lloraba y me decían “no llores, ya después de lo que has hecho” terrible el trato, terrible, terrible, negligente de lo peor, en el hospital público. Yo no conocía nada de estos derechos, ni nada, igual me tuvieron sufriendo, casi se murió mi hija porque pasé dos días ahí, el doctor durante los controles me había dicho, porque yo era extremadamente delgada, me había dicho que yo tengo la cadera estrecha, que yo no puedo dar a luz un parto normal, pero las enfermeras

insistían, el médico insistía, que yo debía dar a luz un parto normal, de hecho mi ginecólogo me dijo “tú tienes que dar a luz por cesárea, vas a dar a luz por cesárea”, pero sucedió que él estaba de vacaciones, después él vino porque yo pasé enferma casi una semana, le habló, les dijo “cómo pudieron haber hecho esto si la chica tenía que haberse hecho una cesárea, no tuvieron que tenerle tanto tiempo sufriendo, se pudo haber muerto la niña” y las enfermeras tenían una actitud de “no importa, si se moría ella o la niña” porque para ellas era una madre soltera más, una niña más, y así tantas cosas feas y traumantes que yo sufrí.

EEUTCGF 10: Yo si recibí toda la información, tanto en el centro de salud, como por mis padres, en ese caso yo no tuve muchos problemas. La atención cuando yo di a luz fue muy buena, yo di a luz en el Hospital General Latacunga, desde que llegué me dieron un muy buen trato, tanto las enfermeras, como el doctor que me atendió. Justo el doctor que me atendió había sido joven, de Venezuela, un doctor muy relajado, me decía “tranquila, haz ejercicio, para que puedas dilatar de la mejor manera”. Él me acompañó en todo el proceso, hasta dar a luz, me acompañó hasta subir a la habitación, en ese caso yo no tuve complicaciones, tuve un parto normal.

EEUTCGF9: La información me fue proporcionada por mis familiares y el ginecólogo, ya que ellos me decían cómo iba a ser el proceso y los derechos que tenía yo como madre y mis hijos. Al momento de dar a luz igual tuve un trato excelente, igual de la misma manera yo di en el subcentro de salud. No me podría quejar porque la atención con mis dos hijos ha sido excelente, no he tenido ninguna dificultad, o groserías o insultos de parte de los médicos.

Pregunta 5: ¿Recibió información sobre la importancia de que su bebé lacte durante la primera hora de nacido? ¿Recibió información sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y complementaria durante los primeros dos años? ¿Por quién? ¿Cómo influyó en su proceso de lactancia?

EEUTCGF2: En mi caso si recibí información, mi ginecólogo desde el inicio me decía qué era lo bueno para mi bebé, siempre me supo manifestar que al momento que yo tenga a mi bebé en mis brazos, la primera leche que es el calostro era muy importante para mi bebé porque tenía todos los nutrientes y vitaminas, más importantes y esenciales para un bebé, y de igual manera siempre me dijo la importancia de la lactancia materna exclusiva los seis meses y luego decidir qué tiempo puede el bebé seguir lactando.

EEUTCGF1: Información si la recibí, en primer lugar en el colegio que teníamos una materia que se llamaba “Educación sexual” y siempre decían sobre la lactancia al bebé los primeros seis meses. Y luego el ginecólogo antes que la bebé naciera me decía que lo primero y lo más importante para el bebé era la primera leche, la primera hora. No pude darle solo leche materna porque no tenía suficiente leche, tuve que complementar con formula. Pero si le daba mi leche y la formula.

EEUTCGF5: Yo si recibí información acerca de la primera hora que debe tomar la leche el bebé, entonces yo igual al momento que di a luz, le llevaron a cambiarle y me llevaron a mí a la habitación, le revisaron que estaba bien todo y me subieron. Antes mismo me decían como debe estar el seno, del calostro, entonces me pusieron a mí en el pecho, yo tenía bastante leche, entonces si lactó. Yo observaba que alrededor en las camillas había dos madres más que lamentablemente no tenían leche y me pedían que les dé de lactar a sus pequeños porque ellos lloraban bastante, yo quería darles pero ellos no querían. Entonces yo veía que tuve la oportunidad de que mi pequeña pueda lactar y tener bastante leche. Igual me han informado de la lactancia, que durante los primeros 6 meses, como yo pasaba con mi pequeña, yo la traía acá a la universidad entonces tomó el seno siempre, no le di formula igual hasta ahora que tiene un año y 8 meses, no deja todavía el seno, es muy duro para mí y para ella también, entonces, ya...

EEUTCGF6: Bueno igual yo durante el embarazo recibí esta información que era muy importante que al momento de que nazca pueda tomar el seno, eso fue lo que pasó, esa noche y durante el siguiente día estaba bien, supuestamente tenía leche pero ya me dieron el alta, llegué a mi casa y al siguiente día no tenía leche. Entonces lo que hicieron fue darle fórmula, por una semana tomó solo fórmula porque no tenía leche. Hasta cuando ya tuve que empezó a tomar hasta entrar a clases que era un mes. De ahí si consumió solo fórmula hasta los seis meses. Y mi leche hasta el año dos meses que le quitó porque igual ya no tenía leche.

EEUTCGF3: En mi caso me informó la ginecóloga sobre la importancia que es la primera hora de nacido, que es la primera leche, que es el calostro y que tiene muchos beneficios y vitaminas y que como prácticamente el niño sale de un lugar totalmente distinto y que tiene otro tipo de alimentación, esto lo que hace es que su sistema digestivo empiece a asimilar, entonces me dijo que era muy importante. Si le di leche materna hasta los seis meses porque decían que esto ayuda a que no tenga infecciones, le ayude al sistema inmunológico, y que le ayude al desarrollo, porque en los 6 primeros meses es cuando el niño desarrolla toda su parte física, motora, intelectual y que la leche materna es el complemento. Para lo cual me dijo la ginecóloga que para que la leche tenga todas las vitaminas y todas las sustancias, tenía que alimentarme correctamente para que la leche también sea beneficiosa. Yo no le di hasta los dos años, le di solamente hasta el año cuatro meses, puesto que mi hijo estaba más grandecito y quería solamente el seno y no quería comer. Y también me ayudaron mucho mi mamá y mi hermana informándome que la leche materna era el mejor alimento para mi bebé.

EEUTCGF8: Por mi parte yo si recibí información sobre la lactancia durante la primera hora de vida del niño, pero en mi estado yo no lo pude hacer, lo hice posterior, porque yo tuve muchas complicaciones durante el parto, pero igual como era una muchacha el médico ginecólogo me había dicho que no iba a tener leche, porque mis glándulas todavía no estaban bien formadas,

de hecho no tenía mucha leche pero yo trataba de que tome lo más y complementaba con formula, para que la niña se alimente de la mejor manera, igual yo trabajaba, estudiaba, no pasaba mucho con ella, ella más pasaba con el biberón, entonces sin dificultad a partir de los 6 meses le empezamos a dar coladitas, porque igual las creencias de mi abuelita decían que era mejor darle colada que todas esas fórmulas, y como la mayor parte del tiempo ella estaba con ella, ella le daba esas cosas y la verdad es que hasta ahora no ha tenido ninguna complicación, es súper sana.

EEUTCGF10: yo si he recibido información sobre la lactancia pero en mi caso una vez que di a luz yo no tenía leche, me salió al día siguiente, entonces mi bebito si lloraba del hambre. Pero al día siguiente, tomado líquidos, me salió la leche y le pude dar la alimentación adecuada para el bebé. Pero en este caso como tenía que venir a la universidad, me toca complementarle con formula.

EEUTCGF9: Esta información de igual manera la recibí por parte de mi familia y mi mamá, ya que ella me decía que al momento que nacen hay que darles el seno, para que ellos se den cuenta de que ya no están dentro del útero, o sea que ya están fuera. Cuando le di a luz a mi segundo pequeño, ahí una chica no tenía leche, y la doctora le dijo por qué no se había preparado para dar de lactar al bebé y que por eso al niño tenían que estarle cogiendo los signos cada 10 minutos, porque mientras no se alimentaba él era como una persona inerte y tenían que llevarle por emergencia para que le ayuden a darle líquidos.

PREGUNTA 6: ¿Recibió información sobre los beneficios del colecho, contacto piel a piel, función fisiológica del llanto del bebé? Si su respuesta es sí, ¿por parte de quién?

EEUTCGF1: La parte que el bebé tiene que dormir con la madre en mi familia decían que no, que obviamente la madre no puede descansar bien, y yo tenía cesárea, entonces era complicado

y no me dejaban. Entonces llegó un punto en el que yo dije, es mi hija y va a dormir conmigo. Para mí era mucho más fácil porque yo no podía moverme bien. Desde ahí y hasta el día de hoy mi hija duerme con mi esposo y conmigo, pero si noto y he leído y lo veo en ella reflejado, que es mucho más segura, por algún motivo, no se en realidad cual es la función de que duerma con los padres, y le ayuda, pero si veo cierta seguridad en ella, al momento de tomar ciertas decisiones es como que ella las toma con seguridad. El contacto piel con piel eso me lo dijo el médico, al momento en que me hicieron la cesárea lo primero que hicieron es darme a la bebé, la pusieron en mi pecho, y decían que el contacto era el calor que ella debía sentir era el de su madre, que era el primer calor que debía recibir. Lo del llanto, no recibí información sobre el llanto, no entendía porque los bebés lloraban, y hasta ahora no se mucho de eso, porque cuando nacen lloran, porque en mi experiencia cuando a mi hija la sacaron, no hubo la necesidad creo que algunos casos les golpean para que lloren, no hubo esa necesidad.

(luego del sujeto 7 retoma la palabra)

En la parte de seguridad para que duerma conmigo el ginecólogo y mi madre me han explicado que la bebé no tenía que dormir muy tapada porque los niños se mueven en la noche y podía taparse la cara entonces podía ahogarse. O la posición de la cabeza que no debía ser muy atrás porque podía regresarse la leche y ahogarse con su propio vómito. Entonces eso o que duerma boca abajo no, boca abajo me dijeron que no porque ellos no tienen la fuerza para levantar la cabeza. La otra era que le ponga como de lado, para que si llega a vomitar y yo no puedo ayudarla pueda vomitar, tenga la fuerza suficiente para vomitar y que no pase nada. Esas fueron las principales reglas de seguridad que a mí me dieron.

EEUTCGF7: En mi caso yo recibí esta información del contacto piel con piel durante el embarazo y durante el parto también, que era lo primero que uno tenía que tener era el contacto con su

madre. Igual del llanto del bebé no sabía ni se hasta ahora que es eso. Y de dormir junto con ella en mi familia se acostumbra eso, nace tu bebé, duermes con tu bebé, pero no he recibido información sobre cómo realizarlo de manera segura, ni por parte de los doctores ni por parte de mi familia. Una parte de mi mami que me decía que no le abrace mucho porque le vaya a asfixiar, pero tampoco que le deje muy lejos porque se vaya a quedar sin cobijita. Pero por parte de los doctores no.

EEUTCGF3: En cuanto a lo que significa dormir con el bebé, yo la verdad es que yo me informaba sobre esto porque tenía el conocimiento de la muerte en cuna que también les da a los bebés. Entonces yo investigaba cuales eran las mejores posiciones para que el bebé pueda dormir conmigo. Porque mi esposo dormía en otra cama y yo dormía con el bebé. Porque también tenía entendido que ponerle solo en una cuna puede provocarle muerte de cuna, puede que el niño se enferme, y así entre otras tantas situaciones. Una de las cosas que yo investigué es que como mamá no le podemos dormir abrazando porque el sueño de nosotros es pesado y nos podemos dar la vuelta y les podemos asfixiar a los niños, lo que me recomendaban también es que para evitar eso de que uno pueda darse la vuelta sin recordar que tiene al bebé es poder almohadas, yo dividía la cama, mi parte y la parte del bebé y estaba pendiente. De igual manera le ponía de lado para que en caso la leche le haga daño a la madrugada o en el momento en el que el bebé se despertaba y tenía que alimentarlo el vómito no se regresara para que no tenga ningún malestar ni nada de esas cosas. También pude investigar que se debía poner una almohada acorde al tamaño de la cabeza del bebé, suave, no dura, blanda, para que el niño pueda concebir el sueño y que de igual manera tenía que dormir el bebé abrigado y esas cosas. En cuanto a lo que se refiere al llanto del bebé, sé que mi bebé lloró cuando nació, pero hasta ahora no sé por qué lloró ni cuál es el beneficio de que cuando el bebé nazca tenga que llorar, cuál es la función del llanto del bebé al momento del parto. La función del llanto del bebé es para indicar si tiene

molestia, malestar, si algo le fastidia, entonces con el llanto uno ya se da cuenta tal vez el pañal, por ejemplo tal vez que le pica algo, tal vez que tenga hambre, tal vez que le duele algo, entonces el llanto es un aviso para la madre de la necesidad que tiene el bebé, entonces con el llanto uno se puede identificar qué es lo que le hace falta al bebé. Mi mamá me explicó estas cosas.

EEUTCGF5: Yo no recibí la información pero creo que nosotros también debemos auto educarnos y aprender a investigar un poco más. Mi familia me enseñaba acerca del llanto, me daba a conocer porque un bebé llora, igual del beneficio que recibe al dormir a nuestro lado ya que recibe el calor maternal, que es lo que les va a tranquilizar a ellos y a nosotros también. En mi caso mi pequeña duerme hasta ahora con nosotros, conmigo y con mi esposo. Nosotros igual le acostamos de lado, le ponemos una almohada en la cabecita, igual para que no se atranque con su vómito mismo, y no pueda ocurrir alguna desgracia. El contacto piel con piel no me lo hicieron a mí en el hospital al momento en que nació. Me acuerdo que la sacaron, solo la vi de espaldas, la llevaron a limpiarse, la cambiaron, me llevaron al cuarto y después le subieron, yo no la vi cuando ella nació, solo la vi de espaldas.

EEUTCGF6: Yo no recibí esta información ni durante el embarazo, ni durante el parto, pero con el pasar del tiempo uno va teniendo sus experiencias pero como lo dije en puericultura fuimos aprendiendo cada etapa del desarrollo del niño.

PREGUNTA 7: ¿Cuánto tiempo después del parto regresó a sus actividades académicas en la universidad y cómo eso influyó su proceso de lactancia y maternidad?

EEUTCGF2: En mi caso yo regresé a los 8 días, tuve que ingresar a la universidad porque la verdad no quería perder el semestre y si fue un proceso difícil porque la lactancia a mi si me perjudicó bastante y aparte de estar en la universidad, cuando ya regresé, era entrega de productos, de las notas, entonces estaba en todo ese proceso de 8 días de haber dado a luz,

que me tenía que cuidar, la lactancia, los pezones, no podía dormir bien, no entendía o sea aún no tenía esa conexión con mi bebé, entonces ella no dormía, se despertaba a cada rato, lloraba, yo todavía no tenía ese instinto de mamá porque recién eran 8 días, y para mi si fue difícil ese proceso de estar entre la universidad, o sea cumplir mi responsabilidad como universitaria y como estudiante y cumplir mi rol de mamá.

EEUTCGF1: Yo me tardé un poquito más, tuve tiempo para descansar, me tardé dos meses, como que I calculé porque terminó el ciclo académico y yo di a luz y el tiempo para descansar fue dos meses más o menos. Fue difícil el dejarla porque ya tenía esa conexión madre e hija, la parte de la lactancia, tenía que dejarme sacando la leche y aparte darle fórmula, se llenaba leche, tenía los pezones agrietados, creo que la parte de la lactancia la empecé a disfrutar a partir de los tres meses lo que es en sí, tener un bebé y decir “Ah que bonito!” y cómo en las propagandas que enseñan que la lactancia es lo mejor y muy bonito, creo que fue a partir de los tres meses porque ya todo había cicatrizado, ya todo estaba bien, entonces podía darle de comer normalmente. Pero si fue como que corté un hilo con ella al momento de venir acá a la universidad y al hacer mi vida normal, en la universidad ya no era mamá, tenía que ser estudiante acá y luego llegar a la casa, darle de comer y todo eso, si siento que se cortó un vínculo entre ella y yo. Sin embargo traté de mantenerlo siempre siendo obviamente mamá, dándole de comerlo que más pueda de mi pecho, aunque no había mucha leche pero trataba de darle lo que más pueda y esa es mi experiencia.

EEUTCGF5: Yo regresé a la universidad después de un mes y medio de dar a luz, yo hablé con los profesores, di a luz la primera semana de clases y volví después de un mes, mes y medio, todos los profesores me supieron entender y me supieron dar su apoyo, igual mis compañeros el momento de entregar algún trabajo, me comunicaban, y yo mandaba mi parte, igual en trabajos en grupo me colaboraban y sabía aportar ahí para no ir perdiendo muchas clases. Creo que la

Dirección de Bienestar Estudiantil nos considera 8 días o 15 días, de acuerdo al parto, y no me parece que nosotros no podamos pasar ese tiempo necesario con nuestros bebés. Yo como no pasé aquí, pasé en el Quinche con mi familia, que me apoyaron y al mes o mes y medio me dijeron que debía volver a clase. Igual yo aquí estaba con mi esposo, los dos estudiamos, entonces nosotros no teníamos con quien dejarle a mi hija, entonces nosotros teníamos que venir con ella, estar con mi pequeña y recibir clases también se hace un poco difícil, pero nosotros teníamos que venir a clase con ella.

EEUTCGF7: Yo igual vine solamente un día a clases, conocí a los profesores, hablé, todos me ayudaron menos un profesor, y también mi compañera hacía mis trabajos, presentaba, ella me ayudó. Entonces el primer producto yo si tuve las notas, solo de un profesor, que hubo un poco de problemas. Si se me hizo un poco difícil dejarla así pequeñita, pero como no tenía leche, en esa parte no me afectó mucho porque tomaba fórmula. Viajaba en las tardes, pasaba con ella, tenía contacto.

EEUTCGF3: En mi caso, yo le tuve a mi bebé y regresé al año a estudiar, porque no tenía las posibilidades económicas y a la vez quien se encargue de mi bebé ese año. También para mí fue difícil porque mi bebé tenía un año y yo lo traía a la universidad, entonces el ser estudiante, el ser mamá, el ser esposa, es muy complicado porque son tres roles que uno tiene que cumplir, tiene que ser responsable en los tres roles, porque si uno de los tres no se cumple bien, los dos fallan de igual manera. Si es verdad que para nosotras como estudiantes universitarias es difícil el ser mamá, el ser esposa, el tener la responsabilidad de la casa, el tener la responsabilidad de los hijos y muchas de las veces el tener la responsabilidad del esposo, no es fácil, en esta parte para mi si fue muy difícil porque mi niño ya caminaba, era travieso, inquieto y hay docentes que no entienden, hay docentes que comprenden la situación, dicen “es verdad, es estudiante, es madre de familia, quiere superarse, no hay ningún problema le apoyaremos”, pero hay otros

docentes que dicen “esto no es guardería”. Entonces para mí si fue difícil, todavía le daba el seno a mi hijo, y había veces en las que lo traía y le daba el seno. Otras que no lo traía y es verdad que a esa edad ya comen, pero para una estudiante es muy difícil ser mamá, estudiar y tener varias responsabilidades.

EEUTCGF6: Según yo tenía calculado el tiempo para recuperarme y regresar pero este semestre se adelantó y el 25 de marzo que teníamos que regresar a clases yo tenía una semana de haber dado a luz, entonces tuve que regresar una semana después del inicio de clases (15 días después de haber dado a luz) ya que los docentes ya tenían varias notas y los docentes no querían que se incluyan en grupos las personas que no estaban en clases, empecé a perder muchas notas entonces tuve que incorporarme a clases antes, hablé con los docentes, algunos me ayudaron y otros no. Si se me hizo difícil porque al momento de que estaba lactando mi nena yo tenía bastante leche, pero al momento de que ya venía acá a clases, como ella no tomaba seguido el seno, entonces se iba menorando la leche, creo que le di alrededor de un mes, ahora tiene cuatro meses, pero le tengo que complementar con fórmula, ya no quiere coger mi seno porque la mayoría de veces pasa con el biberón. En Bienestar Estudiantil me dijeron que no me podían justificar más que 15 días y una semana de clases que perdí, entonces ya no pude hacer nada, tuve que incorporarme a clases, y creo que si es difícil ser mamá estudiante y cumplir los roles que uno debe, creo que cada una debemos esforzarnos y salir adelante.

EEUTCGF10: En mi caso si fue difícil porque Bienestar Estudiantil dice: “si usted tiene un parto normal tienen una semana, pero si tiene cesárea tiene 15 días”. Yo tuve parto normal y les decía “pero en una semana no me voy a recuperar, necesito al menos un mes” y ellos me decían “nosotros le damos una semana y si no viene ya debe hablarse con los docentes”. Hay algunos docentes que entienden, pero el docente con el que tuve complicaciones decía “aquí solo es una

semana y usted tiene que asistir a clases”. Sin embargo, tanto luchar, logré cumplir un mes de dieta, y de ahí pude regresar.

EEUTCGF9: De igual manera yo regresé a los 8 días de haber dado a luz porque tenía el certificado de Bienestar Estudiantil y solo me servía para ese tiempo. Y eso si influyó porque mi pequeñito se quedó de apenas 8 días de nacido y era muy fuerte porque y no lo disfrute como a mi primera hija, con ella yo pasé casi hasta los seis meses, y si es duro porque hay que tratar de dejar sacándose toda la leche que se puede y más, mi pequeñito es gordito, come mucho, me tocó obligatoriamente darle fórmula y papillas. Era una desesperación porque a veces yo estaba aquí y me llamaban: “ya vente porque se le acabó toda la leche”, a veces no quieren formula y lloraba. A veces es fuerte porque cumplir los tres roles de estudiante, madre y esposa es difícil, y a veces los compañeros no se ponen en nuestros zapatos porque dicen “si no vienes, sales del grupo” es una presión muy fuerte, creo que las personas que ya son mamás se van a poner en nuestros zapatos pero hay otros que no comprenden es como que “ya porque eres mamá, eres una dejada, tantas mentiras por tus hijos” es un complot, no tenemos privilegios por ser mamás.

PREGUNTA 8: En su opinión ¿Qué elementos y modalidades debería contener un programa de educación pre y posnatal dirigido a estudiantes universitarias?

EEUTCGF1: Yo considero que mejor forma de que la otra persona pueda aprender es con testimonios reales, con la versión de cada una de nosotras, que ha pasado por etapas totalmente diferentes, la una de la otra, pero que son testimonios reales. Yo decía hace un momento lo de los pezones, que la propaganda te dice que desde el primer minuto que tu das de lactar lo disfrutas, no es así, porque a muchas mujeres nos lastima, nos hace pedazos y eso es lo que las mujeres que no han tenido hijos no saben la verdadera realidad de la lactancia, no saben la verdadera realidad de la cesárea, en mi experiencia. No saben lo que duele, no saben lo difícil

que es levantarse o no poder coger a tu propio bebé porque no tienes la fuerza suficiente. Todo ese tipo de cosas, considero yo, que la mejor forma de instruir a otras personas es con el testimonio real de nosotras, mujeres que hemos sido madres, que hemos vivido esas experiencias. Creo que el médico te puede decir “vas a sentir esto, te va a doler esto...” pero no es como tú lo vives, no es experiencia, es lo que asume que va a pasar.

EEUTCGF3: En el caso de los elementos que deberían tratarse en cuanto a la educación prenatal se debería incluir esto. En la modalidad, para mi punto de vista, debería ser dos veces por semana, donde que se les informe más a fondo, porque en una consulta de un ginecólogo, en una clínica dura alrededor de una media hora o 45 minutos, pero no es lo suficiente, ni todo completamente, en el sistema público es 20 minutos de cita médica, revisión, por ahí algo de contenido, pero en esto si se debería tratar temas de alimentación, los cambios en el cuerpo, los dolores que se sienten, porque es un cambio total en el cuerpo de la persona o sea todos los temas relacionados con lo que es la fase prenatal y lo que es la fase posnatal se debería enfocar primero en los testimonios reales de lo que es ser madre, de las cosas que hemos vivido, comparto mucho con la compañera, y también de cómo educarles y criarles a los niños desde pequeños, y también se debería incluir algo de autoestima para las madres que somos estudiantes, que somos madres de familia, que somos esposas, porque si es verdad que uno si se tiene al bebé, pero interiormente uno como estudiante, como madre, se siente presión, también sería algo encaminado a la autoestima y esa fuerza al estudiante para que le eche ganas y salga adelante.

EEUTCGF2: Yo creo que el elemento principal sería que haya un espacio específico en el que todas las que estamos por ser mamás o somos mamás podamos asistir pero sin miedo o temor, o sea así libremente como algo normal de poder ir a preguntar a una persona que nos pueda instruir, nos pueda dar información y con toda la naturalidad del mundo, o sea no que nos

sintamos como que nos van a hablar, o como ya hemos mencionado, nos vamos a sentir mal por una mirada de discriminación o alguna palabra que no nos haya gustado, sino que sea lo más natural que nosotros podamos asistir, preguntar, y nos brinden información tanto prenatal como posnatal, porque al inicio cuando uno se entera, uno se siente como algo nuevo, algo que uno no sabe, tiene miedo, hasta que como madre tenga el instinto, y después en lo posnatal igual surge ese miedo, porque uno no se sabe si las cosas están bien, si vamos a poder hacer bien las cosas, entonces yo creo que debería existir un espacio y una persona que nos brinde ese apoyo.

EEUTCGF4: Yo creo que la universidad debe crear un espacio para recibir toda la información de la etapa prenatal y en la fase posnatal yo creo que la universidad podría o debería, o nos facilitaría a nosotros que creen un ambiente adecuado para los hijos de las estudiantes, ya tenemos algunas estudiantes de educación inicial, que ellas podrían brindar lo que es estimulación temprana y a nosotras nos facilitaría tenerlos cerca, sea para darles de lactar, sea en el receso que tengamos estar con ellos. Creo que nos ayudarían bastante.

EEUTCGF8: La universidad debe crear un espacio físico donde se puedan reunir, que se yo, unas dos veces por semana, las chicas que puedan, que estén en ese proceso, que haya un médico, un psicólogo, que les de ayuda, capacitación, les aconseje, les prepare para todos los aspectos que se van a venir durante el parto y después del parto, porque son muchos cambios, no solamente físicos, sino también psicológicos, de humor y todo eso. Entonces prepararnos de mejor manera. Igual que nos den indicaciones sobre la alimentación, a veces algunas mamitas sufren de desnutrición, otras de sobrepeso. Entonces si sería bueno tener un espacio para todo eso. Igual sería muy bueno que se reabra la guardería, antes había y las mamás podían dejar a sus niños y era más cómodo, porque en cualquier espacio, media hora, una hora, dos horas, podían ir y estar con sus pequeños y había más conexión. Es diferente cuando uno viene de

lejos, toca dejarles a los niños al cuidado de otras personas, ya no hay esa conexión, ese vínculo se rompe.

EEUTCGF5: Yo, al igual que mis compañeras, considero que se debería abrir un espacio, con diferentes horarios, y puedan asistir un grupo de chicas, para obtener información. Como dijo mi compañera, podemos nosotras mismas ser quienes demos información, ya que nosotras lo hemos vivido y también personas especializadas. Creo que las chicas van a conocer un poco más a fondo el tema, existen varios elementos, se pueden hacer dramatizaciones, se pueden entregar folletos, se pueden hacer debates, existen muchas modalidades para llegar a las chicas para que puedan tener un poco más de conocimiento acerca de lo que se pasa. Y también comparto con las compañeras, yo he escuchado que en otras universidades existen guarderías, en mi caso yo no tengo con quien dejarle a mi pequeña yo por eso la traía, ahora me ayuda una familiar de mi esposo, pero si me gustaría que se abra. El otro semestre nos realizaron una encuesta para que se reabra esa guardería y nosotros poder tenerles más cerca a nuestros hijos, a mi si me gustaría que eso se reabra para el beneficio nuestro y de nuestros hijos.

EEUTCGF10: Comparto con las compañeras, debería abrirse un espacio con horarios muy flexibles, para que todas las alumnas, las que somos madres, podamos ayudar a los especialistas, puesto que hay chicas que pueden no tener confianza en ellos, pero con nosotras podrían abrirse y podrían recibir ayuda y consejos y también espacio para los niños.

Apéndice I: Instrumento para Historias de Vida.

| CUESTIONARIO ENTREVISTA HISTORIA DE VIDA | |
|---|---|
| | <p>Investigación: Diseño, implementación y evaluación de un programa formativo en educación prenatal y posnatal en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador.</p> <p>Investigador: Agnese Bosisio, Universidad de Extremadura</p> |
| | <p>Información: Estimado participante de la investigación: a continuación se encuentran redactadas algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación que se está llevando a cabo dentro de una tesis doctoral, para lo cual se le solicita de la manera más comedida pueda emitir su criterio con libertad, teniendo en cuenta que se va a mantener su anonimato. Para garantizar la integridad de su aporte, la conversación será grabada. Agradezco su colaboración.</p> |
| PRIMERA DIMENSIÓN: FASE PRENATAL | |
| | <p>1) ¿Cómo recuerda su embarazo?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Usted y su pareja planificaron el embarazo? - ¿Puede describir el momento en el que supo que iba ser madre? - ¿Qué personas de su familia estuvieron acompañándola en esta etapa de su vida? - ¿Qué personas de su círculo social estuvieron acompañándola en esta etapa de su vida? - ¿Qué personas relacionadas con la Universidad estuvieron acompañándola en esta etapa de su vida? - ¿Cómo cuidó su cuerpo y salud durante el embarazo? - ¿Cómo cuidó sus emociones y su entorno social durante el embarazo? - ¿Considera que comenzó una relación afectiva con su bebé a partir del embarazo? ¿De qué manera? - ¿Realizó alguna práctica de estimulación temprana para su bebé durante el embarazo? - ¿Qué recuerdos positivos tiene de su embarazo? - ¿Qué recuerdos negativos tiene de su embarazo? |
| | <p>2) ¿Cómo fue compatibilizar el embarazo con el estudio en la universidad?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué influencia tuvo el contexto universitario en su embarazo? - ¿Cómo fue la relación con los demás estudiantes? - ¿Cómo fue la relación con el profesorado? - ¿Cómo fue la relación con la institución? - ¿Cómo influyó en sus metas y en su desempeño académico? |
| SEGUNDA DIMENSIÓN: PARTO | |
| | <p>3) ¿Cómo recuerda su parto?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo se preparó al nacimiento de su hijo/a? - ¿Dónde aconteció? - ¿Quién estuvo con usted en ese momento? - ¿Cómo fue el trato del personal de salud? - ¿El personal de salud le informó y consensuó con usted los procesos? - ¿Se sintió en un ambiente íntimo? - ¿Sintió respeto por su cuerpo, su experiencia y su capacidad de enfrentar el dolor? - ¿Participó en la toma de decisiones durante el proceso de parto? |
| TERCERA DIMENSIÓN: FASE POSNATAL | |
| | <p>4) ¿Cómo fue convertirse en madre y ser estudiante universitaria?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué sintió al tener a su bebé en brazos por primera vez? - En la casa de salud ¿Fue separada de su bebé en algún momento? - ¿Su bebé lactó en la primera hora de vida? - ¿Cómo fue su experiencia de lactancia (materna/artificial)? - ¿Cómo recuerda los ritmos de sueño de su bebé? - ¿Practicó el colecho? - ¿Cómo se relacionó con el llanto de su bebé? - ¿Cuáles fueron las emociones que más recuerda del primer año de vida de su bebé (positivas y negativas)? - ¿Cómo cuidó sus emociones en la etapa posnatal? - ¿Considera haber sufrido de depresión post parto? - ¿Cómo vivió el regreso a la universidad después de ser madre? - ¿Cómo compatibilizó la lactancia con el estudio universitario? - ¿Recibió apoyo familiar para mantener ritmo académico? - ¿Recibió apoyo universitario para mantener ritmo académico? - ¿Cómo eligió estilos de crianza y educación en la fase posnatal? - ¿Qué personas influyeron en la elección de estilos de crianza y educación en la fase posnatal? |

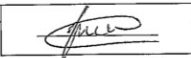
Apéndice J: Validación de Instrumento Historias de Vida. Experto 1.

| | |
|--|--|
| <p>PRIMERA DIMENSIÓN: EDUCACIÓN EN LA FASE PRENATAL</p> <p>1) ¿Cómo recuerda su embarazo?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Usted y su pareja <u>planificaron el embarazo</u>? - ¿Qué emociones recuerda de esta etapa de su vida? -- <u>DEMASIADO AMPLIO, 9 MESES, INFINIDAD</u> - ¿<u>QUÉ ENTIENDE LA PERSONA POR 'EMOCIONES'</u>? -- <u>¿NO HARÍA FALTA DARLE ALGUNA PISTA O BIEN ALGUNA EXPLICACIÓN PREVIA SOBRE LO QUE SE ENTIENDE POR ELLAS? ¿QUIZÁ NO?</u> - ¿Cómo estaba conformado su círculo familiar y social? -- <u>NO SE ENTIENDE</u> - ¿Qué personas <u>le acompañaron</u> <u>estuvieron acompañándola</u> en la experiencia del embarazo? <u>DEMASIADO AMPLIO, 9 MESES</u> - ¿Cómo cuidó su cuerpo, emociones y vínculos durante el embarazo? <u>DEMASIADO AMPLIO. SE PREGUNTAN TRES COSAS AMPLIAS. ¿QUÉ SIGNIFICA 'EMOCIONES', A QUÉ RESE REFIERE CON 'VÍNCULOS'?</u> | |
| <p>2) ¿Cómo fue compatibilizar el embarazo con el estudio en la universidad?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué influencia tuvo el contexto universitario en su embarazo? -- <u>MUY AMPLIO, N SE ENTIENDE</u> <p>3) ¿Cómo recuerda su parto?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Dónde aconteció? | <p>agustin.delaherran@uam.es Con formato: Espacio Después: 0 pto</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> - ¿Dónde aconteció? - ¿Quién estuvo con usted en ese momento, <u>aparte del personal sanitario</u>? - ¿Cómo fue el trato del personal de salud? - ¿Se sintió en un ambiente <u>intimo/intimo</u>? - ¿Sintió respeto por su cuerpo, su experiencia y su capacidad de enfrentar el dolor? - ¿Participó en la toma de decisiones durante el proceso de parto? <p>4) ¿Cómo fue convertirse en madre y ser estudiante universitaria?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué sintió al tener a su bebé en brazos por primera vez? - En la casa de salud, ¿<u>F</u>ue separada de su bebé en algún momento? - ¿Su bebé lactó en la primera hora de vida? - ¿Cómo fue su experiencia de lactancia (materna/artificial)? - ¿Practicó el <u>colecto</u>? - ¿Cuáles fueron las emociones que más recuerda del primer año de vida de su bebé (positivas y negativas)? <u>¿QUÉ ENTIENDE POR ELLAS? -- ¿NO HARÍA FALTA DARLE ALGUNA PISTA O BIEN ALGUNA EXPLICACIÓN PREVIA SOBRE LO QUE SE ENTIENDE POR ELLAS? ¿QUIZÁ NO?</u> - ¿Considera haber sufrido de depresión post parto? - ¿Cómo vivió el regreso a la universidad después de ser madre? - ¿Cómo compatibilizó la lactancia con el estudio universitario? | <p>agustin.delaherran@uam.es Con formato: Espacio Después: 0 pto</p> |

Apéndice K: Validación de Instrumento Historias de Vida. Experto 2.

| Guía de evaluación para el instrumento de: Historia de Vida | | | | | | | | | |
|---|---|-----------|--------------------|-----------|--|-----------|--------------------|-----------|--|
| Investigación: | Diseño, implementación y evaluación de un programa formativo en educación prenatal y posnatal en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador. | | | | | | | | |
| Investigador: | Agnese Bosisio, Universidad de Extremadura | | | | | | | | |
| Experto Evaluador 1: | Lic. Manuel Hurtado | | | | | | | | |
| Perfil Profesional del Experto: | Secretario General de la Asociación Educación Prenatal, España | | | | | | | | |
| Objetivo de esta guía: | Validar instrumento para grupo de discusión. | | | | | | | | |
| Objetivo de la investigación: | Describir la realidad psico-social de las estudiantes de la Universidad Técnica de Cotopaxi, que se convierten en madres, durante su formación académica. | | | | | | | | |
| Criterios a evaluar: | | | | | | | | | |
| Número de ítem | Pregunta 1. | | Pregunta 2. | | Pregunta 3. | | Pregunta 4. | | |
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | |
| Claridad en la redacción. | x | | x | | x (*) | | x | | |
| Sesgo (Inducción a la respuesta) | x | | x | | x | | x | | |
| Redacción adecuada a la población en estudio. | x | | x | | x | | x | | |
| Contribuye a los objetivos de la investigación. | x (*) | | x | | x | | x | | |
| Contribuye a describir el constructo en estudio. | x (*) | | x | | x | | x | | |
| Observaciones: | (*) Se pregunta acerca del cuidado del | | | | (*) La redacción de la pregunta "¿El personal de | | | | |
| Firma del Experto Evaluador: | _____ | | | | | | | | |

Apéndice L: Validación de Instrumento Historias de Vida. Experto 3.

| Guía de evaluación para el instrumento de: Historia de Vida | | | | | | | | | |
|---|---|-----------|--------------------|-----------|--------------------|-----------|--------------------|-----------|--|
| Investigación: | Diseño, implementación y evaluación de un programa formativo en educación prenatal y posnatal en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador. | | | | | | | | |
| Investigador: | Agnese Bosisio, Universidad de Extremadura | | | | | | | | |
| Experto Evaluador 1: | Ph.D. Jorge Cáceres | | | | | | | | |
| Perfil Profesional del Experto: | Docente Contratado Universidad de Extremadura | | | | | | | | |
| Objetivo de esta guía: | Validar instrumento para grupo de discusión. | | | | | | | | |
| Objetivo de la investigación: | Describir la realidad psico-social de las estudiantes de la Universidad Técnica de Cotopaxi, que se convierten en madres, durante su formación académica. | | | | | | | | |
| Criterios a evaluar: | | | | | | | | | |
| Número de ítem | Pregunta 1. | | Pregunta 2. | | Pregunta 3. | | Pregunta 4. | | |
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | |
| Claridad en la redacción. | x | | x | | x | | x | | |
| Sesgo (Inducción a la respuesta) | x | x | x | x | x | x | x | x | |
| Redacción adecuada a la población en estudio. | x | | x | | x | | x | | |
| Contribuye a los objetivos de la investigación. | x | | x | | x | | x | | |
| Contribuye a describir el constructo en estudio. | x | | x | | x | | x | | |
| Observaciones: | 2. Cómo fue la re para mantener rit | | | | | | | | |
| Firma del Experto Evaluador: |  | | | | | | | | |

Apéndice M: Codificación de Sujetos Informantes de las Historias de Vida.

Tabla M1

Codificación de Sujetos Informantes de las Historias de Vida.

| Número | Rol | Código |
|--------|--|-----------------------------------|
| 1 | Estudiante de la U.T.C. que vivió la experiencia del embarazo durante su formación académica universitaria y que participó en la Entrevista, Historia de Vida. | EEUTCHV1 (Diana Macas) |
| 2 | Estudiante de la U.T.C. que vivió la experiencia del embarazo durante su formación académica universitaria y que participó en la Entrevista, Historia de Vida. | EEUTCHV2 (Erika Candelejo) |
| 3 | Estudiante de la U.T.C. que vivió la experiencia del embarazo durante su formación académica universitaria y que participó en la Entrevista, Historia de Vida. | EEUTCHV3 (Leidi Loachamin) |
| 4 | Estudiante de la U.T.C. que vivió la experiencia del embarazo durante su formación académica universitaria y que participó en la Entrevista, Historia de Vida. | EEUTCHV4 (Jessica Tixe) |
| 5 | Estudiante de la U.T.C. que vivió la experiencia del embarazo durante su formación académica universitaria y que participó en la Entrevista, Historia de Vida. | EEUTCHV5 (Estefanía Costa) |
| 6 | Estudiante de la U.T.C. que vivió la experiencia del embarazo durante su formación académica | EEUTCHV6 (Evelyn Casa) |

| | | |
|----|--|---------------------------------|
| | universitaria y que participó en la Entrevista, Historia de Vida. | |
| 7 | Estudiante de la U.T.C. que vivió la experiencia del embarazo durante su formación académica universitaria y que participó en la Entrevista, Historia de Vida. | EEUTCHV7 (Fernanda Vázconez) |
| 8 | Estudiante de la U.T.C. que vivió la experiencia del embarazo durante su formación académica universitaria y que participó en la Entrevista, Historia de Vida. | EEUTCHV8 (Karina Chávez) |
| 9 | Estudiante de la U.T.C. que vivió la experiencia del embarazo durante su formación académica universitaria y que participó en la Entrevista, Historia de Vida. | EEUTCHV9 (Adriana Flores) |
| 10 | Estudiante de la U.T.C. que vivió la experiencia del embarazo durante su formación académica universitaria y que participó en la Entrevista, Historia de Vida. | EEUTCHV10 (Johana Chicaiza) |

Nota. Elaborado por A. Bosisio/Investigadora

Apéndice N: Transcripción Literal de las Historias de Vida.

Primera Historia de Vida: EEUTCHV1

Mi primer embarazo no fue planificado, fue de hecho en mi edad adolescente, yo estaba estudiando al Colegio. El segundo sí fue planificado, sí estuve buscando quedarme embarazada. *El descubrimiento de estar embarazada* en los dos momentos causó gran sorpresa: cuando me embaracé por primera vez, de mi hija, obviamente la reacción fue diferente, lloré (demasiado), tenía tristeza, no sabía cómo decirles a mis papás, no sabía cómo actuar. En mi segundo embarazo en cambio ya fue diferente porque yo estaba buscando embarazarme y me puse muy contenta, muy feliz, lloraba de alegría porque como era bastante la diferencia de mi primer embarazo y al segundo embarazo que tuve, era una diferencia de casi 12 años, entonces yo estaba bastante emocionada y era bastante diferente.

En la etapa del embarazo me acompañaron mi mamá, mi papá, mis abuelitos, mis tíos, mi tía... bueno recuerdo que.. de mis dos tíos, mis dos tíos: ellos siempre han estado y hasta la vez están e igual siempre han estado, siempre, siempre. Igual el papá de mi hija, igual siempre ha estado, y después yo... bueno en mi segundo embarazo yo tenía otro compromiso, entonces mi novio estuvo conmigo en todo y... solo por parte de mi familia, no por parte de él. En mi primer embarazo, casi amigos no porque, bueno recuerdo a una amiga que, se puede decir, compartíamos con mi tía, porque al momento que yo me enteré que estaba embarazada me cambié a un Colegio nocturno, donde asistían solo personas adultas, bastante adultas, entonces ahí estaba mi tía y tenía una amiga y, bueno, con ella éramos bastante amigas; ellas obviamente, ya tenían bastante edad. Entonces...ellas y nada más. Amigos nada más. *En la universidad*, mi amiga Adriana, ha estado siempre pendiente mi amiga Fátima, me acuerdo mi amigo Patricio, él estaba siempre pendiente hasta cuando estuve embarazada, siempre estaba él ahí en la Universidad. Mis compañeros igual..., bueno, no tanto así, pero siempre apoyándome, diciendo

cosas, pero... más, más, mi amiga Adriana, mi amigo Patricio, mi amiga Fátima: ellos han estado siempre.

Sobre los cuidados del cuerpo y la salud: En el primer embarazo no tuve ningún problema porque de hecho yo era delgada, muy delgada, y no me cuidé en la alimentación: hacía mi vida normal, trabajaba, estudiaba, no me afectaba en nada, nada, creo que era porque yo era bastante joven. En el segundo, creo que me afectó de diferente manera, porque, como es bastante ya la diferencia de años, creo que fue por eso, llevaba una dieta no tan balanceada, porque, como que me dejaba llevar por lo que estoy embarazada y ... ¡No pasa nada! Entonces no seguía una dieta tan estricta, hasta cuando me fui al médico y el médico me recomendó que, por mi peso, que le bajara un poco al azúcar, que tratara de caminar y todo eso, pero, como después nos enteramos que mi embarazo era de alto riesgo, dijo que redujera eso y de cuidarme en la alimentación y de hecho me dijo que ya no viniese a la Universidad, porque estaba de mucho riesgo y como el aula estaba en el quinto piso, dijo que ya no viniera a la Universidad y que la suspendiese.

(Sobre el cuidado en las emociones y el entorno social) En el primer embarazo, recuerdo que no me cuidaba, no tenía precaución de eso porque yo de hecho me acuerdo que lloraba demasiado, mi familia me decía que no llore, nunca asistí a un psicólogo, ni nada de eso, solo donde el medico que me trataba y nada más. Él me decía que no llore, no sé por qué, me daba mucha tristeza en mi primer embarazo, demasiada tristeza; mis tías me decían que la niña va a nacer triste, llorando. De hecho, nació así, llorona y todo eso. Me decían eso, pero yo nunca busqué ayuda en ese aspecto, porque, no sé... tal vez no comprendía ciertas cosas, no sé... En cambio, en el segundo embarazo, estaba mucho más alegre, no lloraba, siempre estaba feliz, contenta; a veces un poco con lo de la Universidad, que iba y venía, un poco de estrés, sí, pero todavía no me fui al psicólogo, ni nada de eso, porque... fue corto. El segundo embarazo se interrumpió... bueno, lo que el médico me dijo, bueno nosotros teníamos mi médico particular, me dijo que yo

tenía ocho semanas de embarazo. Cuando me puse mal aquí en la Universidad, con mi amiga Adriana fuimos al hospital y allí el médico me dijo que mi hijo desde las cuatro semanas no había crecido más. No sé si fue que hasta las cuatro semanas creció y se quedó ahí, o si es que ya venía enfermito, no sé, nunca me explicaron. Y como nosotros pensamos que en el hospital se estaban equivocando, ya que en el hospital le dicen las cosas más fríamente, me acuerdo que estaba de turno una ginecóloga que me dijo: “El niño está muerto, ya no tiene signos vitales.” De ahí, ya llegó mi mamá – pues ella no vive aquí – llegó mi padrastro, y mis demás amigos, fuimos a la clínica particular, Adriana me acompañó, y ella también tenía que irse con su niño. Me quedé con mi mami y allí la doctora me dio la esperanza que tal vez el niño esté vivo todavía, que a lo mejor no habíamos hecho bien las cuentas, como en esas cosas no se sabe, decía ella que a lo mejor el niño tenía menos semanas y todo eso, pero que ya no tenía signos, de ahí la doctora mandó medicamentos y reposo. De ahí me acuerdo que seguía con sangrado. Recuerdo que llegamos a Machachi, me acuerdo que fuimos a la Maternidad, allá al Sur, allí me dijeron que yo estaba ya en un proceso de aborto, que a lo mejor se trataba por el estrés del estudio, que podía depender de muchos factores; yo le preguntaba al doctor porqué en sí, pero él decía: “No se puede saber, puede ser el estrés del estudio, puede ser el estado de ánimo, pueden ser tantas cosas, puede ser algún tipo de fuerza que hace...”. Me preguntaban muchas cosas, porque yo le había comentado que estábamos en el quinto piso, puede ser eso... no se puede saber. Solo se interrumpió y ya. Recuerdo que pasé una semana hospitalizada, el proceso había empezado, el cuello estaba abierto y a los cuatro/cinco días se interrumpió.

Durante el embarazo me acuerdo que yo conversaba con mi hija y lloraba sola, me sentía mal y decía: “¡Dios mío!” -porque mi familia estaba enojada- entonces yo le decía: “¡No, tranquila!”.

De hecho, me acuerdo que mi abuelo me había dicho: “Si es niño, se quedan en la casa, si es niña, busquen a donde ir”. Nos echó de la casa. Y... tenían ese estereotipo, no sé porque. Me

acuerdo que me lo dijo, yo lloraba. De hecho, yo hasta el último, nunca dije a mis abuelos que era niña, solo cuando nació y me fueron a ver en el Hospital, ahí se enteraron que era niña. Yo tenía miedo y por eso creo que lloraba bastante en mi primer embarazo. Decía a mi hija: “No, tranquila, Diosito va a hacer que los abuelos entiendan”. En los primeros meses yo me sentía mal porque estaba embarazada, pero después ya fue pasando el tiempo, me acuerdo que ya, creo que a los seis meses me hicieron la ecografía, me dijeron que era niña, me puse contenta... andaba así contenta y tenía cambios de humor bruscos: a veces estaba contenta, y a veces estaba triste.

Me acuerdo que el ginecólogo me decía que escuche música, me decía que le hable, que le dé caricias en mi barriguita, que le hable para que se sienta contenta, que sienta que ella viene y todos le quieren y creo que esto tiene mucha relación con lo que decían mis tías, mis tías me decían que si yo lloraba mucho, mi hija iba a nacer llorona, y es verdad, ella hasta ahora es muy sensible, por alguna cosa simple se pone a llorar.

Entre los recuerdos más bonitos *de mi embarazo*, yo recuerdo cuando salíamos con mi tía, que es como si fuera mi hermana, yo me acuerdo siempre a ella, con mi tío, que es su esposo, los dos tienen un bus, me acuerdo que salíamos a algún pueblito; nosotros vivíamos al oriente, y allá hay ríos, una vez nos fuimos al río, y jugábamos. Para mi tío, era como si fuera a nacer su propio hijo, se preocupaba bastante; de hecho, mi tía igual, era como si fuera mi madre. Sabíamos salir, y eso siempre, siempre me acuerdo, era bonito, salíamos a diferentes ríos: allá hay muchos ríos. Jugábamos en el río, jugábamos en la arena, y mi tío decía, así riendo, que el agua relajaba y que de pronto, como mi hija era flaquita, se me iba a ir saliendo. Decía: “No hagas mucha fuerza, no estarás saltando porque se te va a ir saliendo”. Yo era así normal, como que solo me hubiera crecido la barriga, nada más. Yo era bien flaquita, de hecho: saltaba, brincaba, hacía de todo, normal. Por eso me decía: “No estés saltando, se te va ir saliendo” Me

recuerdo esto de mis tíos, que sí estaban presentes. En lo negativo, me recuerdo que el papá de mi hija le negó a mi hija, me dijo que no, le negó a mi hija, yo recuerdo que lloraba bastante. Después, hablando... yo creo que de él también eran los sustos, los sustos de estar embarazada, y que él va a ser papá tan joven, y luego, los papás de él también hablándole y aconsejándole, le decían: "Mira, ella ha estado contigo, ha sido tu enamorada, ...". Mis papás también hablaron con él, le decían: "¿Cómo puede estar pasando eso?". Fue feo, por que yo me acuerdo que lloraba bastante. Le decía: ¿Cómo me puedes hacer esto, cómo puedes dudar de mí?", si yo era una muchacha, tenía 16 años.

La universidad (en el segundo embarazo) Yo pienso que sí influyó, yo sé que está mal, pero yo pienso que sí influyó negativamente, yo creo, yo pienso, que mi bebé murió, o sea no se dio, debido al estrés del estudio, tenía prácticas, tenía clases de mañana, tenía clases de tarde, entonces yo creo que sí influyó negativamente.

Mi embarazo no influyó mi rendimiento estudiantil, era casi lo mismo, era lo mismo, incluso creo que tenía casi más ganas de estudiar....Fue un estímulo positivo, porque uno sabía que tenía más responsabilidad en las cosas y que uno tenía que dedicarse... Yo creo que influyó positivamente.

Con respecto al parto, para mí, físicamente, yo me recuerdo que ya en las últimas semanas el doctor me decía que vaya a caminar, que camine bastante, que vaya a la piscina, eso me decía. Que trate de ya no dormir, porque yo tenía bastante sueño, y que ya no duerma, porque al caminar, como que ya relajaba los músculos, el cuerpo, como que yo iba a estar lista para dar a luz, porque el doctor me dijo que yo iba a dar a luz normal, pero cuando ya fuimos, cuando ya fui al parto, yo no pude dar a luz normal porque ya estaba otro médico que me dijo que yo nunca iba a dar a luz normal, me dijo "usted es muy estrecha". Y me acuerdo que mi doctor mismo me

explicó cómo debía estimular para eso de la leche y para que me crezca el pezón y todo esto. Igual, mis tías, que tenían más experiencia, me acuerdo que ellas todos los días me sacaban a caminar: “Ven que vamos a caminar, vamos a caminar...” Y eso era algo complicado, porque me dolía la barriga, me dolían las piernas, me acuerdo que se me hinchaban, la barriga igual.... Me preparé de esa manera.

Yo di a luz en el hospital Central de Macas. *Estuvieron conmigo* mis tías. Mis tías, mi tío, mis abuelitos, me acuerdo que llegó mi mami. Pero no los dejaron entrar a ninguno de ellos, ellos estuvieron afuera. No les dejaron entrar.

Los doctores fueron muy buenos, muy buenos, pero habían enfermeras que menospreciaban que una muchacha tan joven tenga un niño y decían cosas feas como: “Ya ha de volver. Después de un año, ya le he de ver aquí”. Y me acuerdo que las personas que en el hospital daban la comida decían: “¡De nuevo! Otra niña cuidando una niña, y ¡cuántas niñas tenemos aquí con niños en sus brazos!” Y decían: “Ni ganas de darles de comer: ¡ojalá se mueran!”. ¡Qué feo! Y esa era la gente que trabajaba en la parte de la comida. Eran bastantes y como que hacían diferencias: habían madres que estaban con sus esposos, con sus hijos, y a ellas se daban como preferencias: por ejemplo, en cuestión de frutas, a nosotras nos daban unas manzanas duras, yo me acuerdo, y a ellas les daban uvas, peras, cosas suaves, así. Y me acuerdo que a nosotras nos daban una agua de café y a ellas les daban coladas. y tampoco les dejaban a mi familia que me trajeran caldo de gallina, que esto o que el otro, y no, no les dejaban pasar ninguna bebida y porque decían que allí nos daban ellos de comer, pero la comida no estaba bien.

Me atendieron doctores muy buenos, muy jóvenes, eran de Cuenca y eran muy buenos, porque me acuerdo que me fui a dar a luz y no pude dar a luz normal, entonces me iban a hacer la cesárea, me ingresaron, y me iban explicando así bonito, me metieron al quirófano, me pusieron

la anestesia, pero yo no me dormí, estaba despierta. Me decían: “Ahora te vamos a cortar aquí, me acuerdo que me pusieron también una canción, la canción de la Oreja de Van Gogh “Rosas”: me acuerdo porque yo escuchaba, y miraba porque había un reloj ahí a lado y era bien bonito. El Doctor decía: “Ya nació” y decía: “Tu hija va a ser bien rebelde”. Le dije: “¿Por qué Doctor?” de ahí me dijo: “porque ¡Mira como me manchó! Ya vas a ver cómo me manchó, me salpicó bastante”. Y me acuerdo que me decía: “Mira! ¡Mira!”. Y después me quedé dormida. Cuando me desperté estaban afuera en las camas donde están todos, me trajeron a mi hija... de ahí el doctor me explicó, porque el doctor llegó ese rato, todo lo que yo sentía, porque yo sentía dormida toda esta parte, las piernas. “Estás así, pero te va a pasar el tiempo, en una media hora o así, y te vas a sentir bien y ya vas a poder sentir” Porque yo me asusté y de ahí el Doctor me explicó todo eso...

Ellos no me preguntaban, solo me decían, no más. Yo creo que sí (*tenían respeto*), porque yo me acuerdo que, como yo estaba hecha la cesárea, venían unas enfermeras muy buenas, venían tranquilas, nos aseaban, a mi hija igual, me acuerdo que venían, decían “No, tranquila...” Me acuerdo que ponían la cortinita, porque es feo que los demás estén mirando, porque había gente; unas madres estaban acompañadas por sus esposos, entonces era como raro que todoste estén viendo. Pero ellas venían, le ponían la cortinita, y sí tenían bastante respeto en esto.

En la fase post-natal, cuando por primera vez tuve a mi bebé en los brazos, tenía nervios, tenía bastantes nervios, porque, no sé, era como una reacción así extraña, sentía que se me iba a romper o se me iba a escurrir, así no sé, sentía eso...

Después del parto, en el momento en que me iban a indicar a mi hija, yo me quedé dormida, no le vi a mi bebé; cuando desperté, me la trajeron, pero yo me quedé dormida más de una hora...mi

hija nació como a las 2 y media de la tarde, pero cuando yo desperté, ya era de noche, estaba como entre claro y oscuro, y durante ese tiempo mi bebé no lactó.

La experiencia de la lactancia para mí la verdad fue dolorosa, porque al momento que la niña iba lactando, lactando, con el paso de los días se me peló los senos, yo me acuerdo se me peló, me salía sangre, me dolía demasiado, yo decía: “Yo ya no quiero no quiero darle de lactar” y mi familia me hablaba y me decía que debía darle de comer y era bien doloroso: eso era horrible, horrible... Por lo que yo estudiaba y trabajaba también, yo le daba leche y leche de tarro también y le di el seno hasta un año cuatro meses.

Acerca del ritmo de sueño del bebé, en el día yo no podría decirle porque yo trabajaba, yo no pasaba en la casa. En la noche ella sí dormía toda la noche, como que, como decía mi tía que me ayudaba con ella, que ella “entiende que tu necesitas descansar” y ella dormía y de ahí yo me despertaba, a veces había veces que no se despertaba tampoco, tocaba moverle para cambiarle y pasarle dejando donde mi tía, irme a trabajar, y tarde irme al colegio. Ella dormía conmigo.

Cuando recién me mandaron a la casa, yo sentía desesperación, cuando ella lloraba, mi corazón se agitaba demasiado, no sabía ni cómo actuar, ni que le duele, y ahora como le pregunto y como sé que quiere El médico me acuerdo que me fue explicando que vaya chequeando, si no era el pañal, era porque tenía hambre, si no era hambre era porque estaba con gases, poco a poco... y si no era nada de todo eso, entonces que le tomara la temperatura, o si no que fuese al hospital, o al Centro de Salud....

En cuanto a las emociones del primer año, me acuerdo cuando le salió el primer diente, cuando ya se daba la vuelta, me acuerdo era una alegría bien bonita, una sorpresa para mí. También de hecho yo lloraba – y hasta ahora lloro – cuando tengo que llevar a mi hija a las vacunas, ella

lloraba mucho y yo lloraba igual, yo me iba. Hasta ahora, cuando tengo que llevarla donde el odontólogo y ella llora, yo me voy afuera mejor, porque ella llora y el doctor me manda hablando. Y eso que mi hija ya tiene 13 años... Hace poco fuimos donde el odontólogo y yo lloraba afuera escuchándole llorar... Es así como estamos bastante conectadas.

Respecto a la depresión posparto, me acuerdo que pasaron tal vez unos veinte días desde que di a luz y yo solo lloraba y lloraba, y yo decía: “Ya me debería pasar” y el doctor me dijo que era el posparto, que siempre es así, y de hecho sentía que no quería estar con mi hija, pero no recuerdo cuanto tiempo me duró. Pero sí lloraba bastante, bastante, sentía tristeza y no sabía por qué. Sentía unas ganas de llorar y así por todo lloraba. Lloraba porque hace sol, porque llueve, porque mi hija llora, porque se ríe, por todo lloraba yo, por todo.

Si, si me ayudaron. Si no hubiese sido por mis tías... yo por eso siempre le digo a mi hija: “si no fuese por tus tías, no habiéramos llegado hasta donde estamos”, porque siempre, si no era donde la una: “Deme haciendo quedar...” Si no ha sido donde la otra, de un lado al otro y siempre me han ayudado siempre, siempre mis tías.

Me acuerdo que la guía principal *para la crianza de mi hija* fueron mis abuelitos, y luego, como nos venimos a vivir con mi mami, mi mami, me acuerdo que influenció bastante, bastante, bastante. Y luego mis jefes influenciaron también: a mi hija le gusta mucho leer y en es yo tengo que agradecerle muchísimo a mi jefa Doña Marlene Hernández, yo entré a trabajar con ellos y mi hija justo estaba en tercero de Educación Básica, y me regaló – y todavía tengo – un libro de cuentos, y me dijo: “Tienes que leerle esto, y esto tienes que enseñarle” Y tenía gráficos, y ella me enseñó, y “así, así y así”; me acuerdo que le agarramos las dos gusto a la lectura y desde ahí ella no ha parado de leer. Igual mi mami, en la crianza, ella me decía: “Tienes que ponerte dura, tienes que imponerte, Diana. No con enojo, ni con braveza, nada de eso, pero con firmeza,

tienes que hacerte obedecer”. Me acuerdo que mi hija de chiquita, como de unos tres años, era muy berrinchuda, como son los niños y recuerdo que mi mami decía; “No, no, no puedes estar consiente, consiente, consiente, tienes que poner reglas” Así que bastante mi mami, porque justo nos pasamos a vivir con ella.

Segunda Historia de Vida: EEUTCHV2

Mi embarazo, la verdad, no fue planificado, por algo yo estaba utilizando un método anticonceptivo: por un tiempo de un año, yo estaba utilizando las inyecciones de cada mes, y después me cambiaron a las pastillas, porque sufría de dolores de cabeza, me dijeron que tal vez era por las inyecciones entonces me cambiaron a las pastillas. Y en ese momento yo me quedé embarazada. Pero yo, cuando me quedé embarazada, tampoco podía decir “¡no!”, impedirle una vida un ser, entonces decidí tener a mi hija... y ya. En el momento en que yo descubrí ser madre fue algo impactante, porque yo no le estaba esperando, creo que en eso, yo pensaba que iba a fallarle a mis padres, porque en su mente yo iba a graduarme, para después ejercer un cargo de ser madre, esposa o así, entonces en ese momento yo era así, como que una desesperación y a la vez una felicidad, pero entonces sí me afectó mucho al enterarme que yo estaba embarazada.

En mi embarazo *me acompañaron* mis padres, más que todo mi mamá, mi mamá estaba pendiente de todo, de que me pasaba, de que no haga esto, de que me cuide, que coma y que no me preocupe, mi madre siempre estaba en todo momento conmigo. Mi amiga: tengo una amiga que se llama Diana. Ella fue la primera persona que se enteró que yo estaba embarazada, porque con ella me fui a hacer la prueba de embarazo. Ella fue la que abrió el papel y me dijo que estaba embarazada. Ella fue la primera persona que me apoyó emocionalmente, porque siempre me decía: “Tranquila, y ¿ahora qué vas a hacer? Es un ser, entonces tampoco vas a

pensar cosas, sé que tus papás te van a apoyar, tienes tu pareja”, entonces me ayudaba bastante, con ella es una amistad bastante larga, que ella siempre está, hasta el día de hoy. No hubo otras personas, ella ya es la única.

Me cuidé alimentándome bien, hacía seis comidas al día, a veces cinco, comía frutas, lo que más a mí me encantaba durante el embarazo era la sandía, entonces mi mami siempre que me mandaba frutas en una tarrinita. Igual, desayunaba bien, almorzaba bien, merendaba bien... en el transcurso del día, sí comía bien.

Al momento de que uno ya se entera de que va a ser madre, es como que ya no piensa solo en uno, sino en las dos personas, entonces era como que a veces me hacía soñar, me imaginaba su carita, sus piecitos, porque en la realidad yo hasta el día que nació no sabía si iba a ser hombre o mujer, entonces eso fue una noticia inesperada, como se dice, porque nunca se dejó ver en ningún eco, me imaginaba todo, me decía: “Y ahora, ¿qué ropita le compraré?”. Eran cosas así que uno como madre empieza a ver más por ella, ya no solo por uno.

Yo acudía a los controles, había allí unos talleres de cuidados prenatales: allí nos daban folletos, nos hacían actividades, nos indicaban como bañar al bebé, como hacerle acostar, ponerle boca arriba, boca abajo, o desde cuantos meses debíamos darle de comer, las cosas que debíamos darle de comer y las que no, como debíamos estimularle, más que todo, incluso mientras estaba en el vientre, que teníamos que hablarle, hacerle escuchar música, y así.

Los recuerdos bonitos eran cuando a los cuatro meses ya empezaba a patear, a moverse, cuando le hablaba ya se movía, y desde que estuve embarazada yo sentí de parte de mis papás un cariño que yo jamás había sentido, sea para mi hija, sea por mí. Porque a mí me pegó de golpe como una tristeza a la vez y a la vez una alegría, entonces, para que yo no me encierre en ese círculo, en ese ámbito de estar tan triste, me llevaban de paseo, salía con mis papás, y justo

como ya empezaban las vacaciones, yo pasaba viajando, y no pasaba en mi casa, entonces eran momentos en que yo ya empecé a conocer lugares que hasta allí no conocía; fueron bonitos momentos que yo viví junto a mi hija.

En la universidad yo siempre me llevo bien con todos, y si con alguien no es así, yo saludo y paso, pero compartí con mis amigas: ellas eran alegres, felices, le ponían al bebé nombres que no eran, era algo bonito. De ahí en la Universidad, nunca tuve rechazo, o recibí insultos, nada de todas esas cosas, ni con los profesores, ni con los compañeros. Igual los profes me comprendían bastante, pero yo trataba de no faltar, como no tuve un embarazo complicado, entonces no tuve ninguna dificultad. A veces cuando yo tenía controles, a veces ahí sí chocaban las horas en que tenía idiomas, chocaba con el profe. Cuando faltaba mucho él me pasaba las faltas, pero me revisaba los deberes, entonces casi me quedé por faltas. De ahí, ninguna dificultad más.

El embarazo influyó bastante en mis metas y desempeño académico: tenía el doble del trabajo, se diría, porque antes me levantaba a las seis y después me tocó levantar a las cuatro, o a las cinco, como yo viajo todos los días, entonces sí fue duro para mí acoplarme a eso, acoplarme a dejar a mi hija, a preocuparme si estará comiendo, si no lo estará, si estará llorando... A los siete meses yo me sentía ya cansada, tenía sueño, y aparte de eso los deberes, a veces nos desvelábamos... A mí no se me notaba mucho la barriga y creo que eso me ayudaba bastante, porque yo me movilizaba bien, pero hay veces que tocaba viajar y yo ya no lo podía hacer, ya que el médico a los siete meses me dijo que ya no viaje, porque podía el niño nacer prematuro, entonces evitaron que viaje, tuve que venir a vivir aquí con una prima. Entonces ahí se me dificultaba un poquito.

Cuando ya entré a los ocho meses, ya tenía yo controles semanales. Ahí me ejercitaban para el parto, me daban las bolitas... me hacían ejercicios, ya preparándome para el parto...

Dí a luz en el Subcentro de Salud Chimbacalle en Quito, mi mami ingresó conmigo y estuvo en todo momento en que me hicieron pasar a la camilla, mi mami cortó el cordón, mi mamá le vio cómo nació y me dijo que era una niñita, y así. El trato del personal de salud fue muy bueno, me atendió una doctora y un doctor, ambos buenas personas, me ayudaron bastante, porque era mi primera vez, mi primera hija... me dijeron cómo eran los síntomas, cuando ya empezaba el proceso de parto, porque era a la vez un miedo, una sensación de temor. Me decía “¿si estaré haciendo bien o no?”, entonces ellos me ayudaron a mantener la tranquilidad, como debía pujar para que salga mi hija, entonces ahí me ayudaron bastante las doctoras. Al momento en que ingresé me preguntaron si estaba bien, si ya no me estaba dando pujones, me dieron una pelotita, pero enseguida me dio una contracción bien fuerte, me levanté y se me reventó el agua de fuente y no hubo tiempo para que me digan nada más. Yo casi iba a dar a luz en el piso, entonces ahí de la desesperación me cogieron, me pusieron en camilla y mi hija nació así, de golpe.

Antes de ingresar me preguntaron de cómo yo quería dar a luz: si sentada, arrodillada, acostada... entonces yo les decía que arrodillada y me dijeron que sí, pero en ese momento en que yo estaba en la pelotita.... Nació de una, no fue ni arrodillada, ni sentada, sino que me metieron a la camilla y yo di a luz acostada.

Sentí respeto por mi cuerpo, por mi dolor porque mi mamá estaba allí, entonces a mi mamá les decían: “Cójale de la cabecita” (a mi), que haga que me tranquilice, porque yo estaba en una desesperación del dolor que era muy fuerte, entonces los doctores hacían que siga, no hubo nada de falta de respeto, más bien dicho me ayudaron. El ambiente era bien íntimo, era un cuartito cerrado con unas cortinas, donde solo entraban el doctor, la doctora, mi mamá y yo.

Cuando por primera vez recibí a mi bebé en los brazos, sentí una alegría, una emoción, porque además no sabía si era hombre o mujer, me dijeron que era una nenita, y al momento que nació,

de una me la pusieron en el pecho, era como que una alegría de verle a mi hija, su carita, de cómo me imaginaba yo, sus piecitos y así... era algo bonito, ni al momento que me pasaron a la camilla no me separaron de ella, estaba siempre a mi lado y desde ese momento me la entregaron a mí. Ella lactó en seguida. Pero la experiencia de lactancia fue bien terrible, porque yo no tenía bien formados los pezones, tenía que jalarme con una jeringuilla para que me salgan bien los pezones, la doctora me mostró cómo hacerlo y yo tenía que hacerlo yo misma. Tenía que jalarme, que hacerme masajes, porque ese ratito me lo pusieron en el pecho y me hicieron lactar, y no podía coger porque no estaban bien formados los pezones, me dijeron cómo era de sacarme los pezones, de ahí yo misma me sacaba los pezones, y cómo me dieron alta el segundo día, allí mismo en el hospital ella ya empezó a coger bien los pezones, pero de ahí me lastimaba, me lastimó y me dijo la doctora que era normal, pero que como ella misma iba succionando me iba a sanar; y que no infectaba nada la sangre que salía del pezón, pero sí era doloroso. Actualmente, mi hija tiene nueve meses y sigue lactando, pero ya no lacta como antes. Cuando venía a la universidad, yo tenía que sacar los tarros de leche, para que le den, porque me dijeron que le den preferible con la jeringuilla, pero a ella se le dificultaba bastante coger la jeringuilla, entonces a mí me tocaba darle el biberón. De ahí ella se acostumbró más al biberón y ya no quiso lactar. Y como yo venía a la Universidad, ella pasaba todo el día con mi mamá y hasta los seis meses ella solo tomó mi leche. De ahí me tocaba implementarle con la fórmula porque ya no me abastecía mi leche. Y como ella no succionaba mucho, mi leche se iba secando, entonces ya no había mucha leche. Ahora de mí ya toma poquito.

Mi bebé duerme conmigo y ella en el hospital de una cogió el ritmo, porque ni siquiera lloró en la noche ni nada. Los bebés de los otros lloraban y lloraban y ella bien dormida. La primera noche en casa ella no durmió, se despertó en eso de las once y amaneció hasta las cuatro de la mañana, entonces mi mami de decía que no podía estar así, entonces mi mamá le ponía santamaría y

cilantro (rituales de mi mamá) y me decía que con eso duerme, le ponía cilantro en la cabecita y ella empezó a dormir. Fue esa noche que yo me desvelé y de ahí ya no me desvelé.

La relación con el llanto de mi bebé es normal, ... normal.

Lo positivo: Mi hija es bien viva, bien inteligente, todo aprende, todo ve y ya. Si mi hermana aplaude, ella ve bien y empieza a aplaudir también. O a veces está ahí parada, como ya está empezando a dar sus pasitos, ya ha empezado a pararse. Las experiencias negativas son cuando mi hija se enferma, como esta semana que ha tenido una gripe bien intensa, y uno no sabe qué hacer, qué le dolerá, es el llanto de ella que llora y llora, pero uno no se sabe qué le duele, y como mamá se siente que ahora sí, ¿qué hago? Y ¿qué le dolerá? Y es una desesperación que yo quisiera que hable, al menos para saber qué le duele.

Volver a la Universidad fue feo, porque yo había planificado pasar tres semanas junto a mi hija antes de regresar a la U, pero no fue así porque nos adelantaron una semana, entonces yo solo tuve permiso de aquí por quince días; tuve una semana de reposo, y a una semana de lo que mis compañeros habían entrado a clase ya me tocó volver a la U. Fue feo de separarme de mi hija, porque era tan pequeñita para que yo le venga dejando. Estudiaba desde las nueve hasta las seis de la tarde, y ella se quedó con mi hermana, porque ella estaba de vacaciones. Mi mamá la mandó acá, donde mi prima, donde yo vivía antes. Mi hermana me la traía acá para darle el seno, de ahí se la llevaba, entonces yo tenía bastante dificultad con esto porque ni me recuperé bien y a los quince días ya tuve que volver...

La familia le apoyó para mantener el ritmo académico: sí.

La universidad le apoyó para mantener el ritmo académico: no.

Para educarle a mi hija, cuando ella algo quiere, no es que le doy todo. No darle todos los caprichos. Si ella llora, no de una todo darle, porque después ella se ha de ir acostumbrando. Bueno, quien en eso influye es mi mami. Ella me dice: “No debes hacer así porque ellos se malacostumbran, ni te han de hacer caso a ti”. Dice “Yo así les he educado a ustedes, y ustedes no me han salido nada mal, ni groseros, ni nada de eso”. Mi mami en eso me apoya bastantísimo, y mi hermana.

Tercera Historia de Vida: EEUTCHV3

El embarazo no fue planificado, todo se dio en ese momento, y como cualquier chica le llega la menstruación cada mes, pero no me llegaba ese mes y mi pareja y yo decidimos realizar una prueba de sangre para ver si estaba embarazada, fuimos los dos y entonces... para mí al principio estaba tranquila, pero luego me cogieron los nervios, piensas en tu familia, pensé en mi papá, yo no soy de aquí, soy de lejos, entonces en ese momento me puse a llorar, se me vinieron muchas cosas a la cabeza, y piensas cosas malas también, vienen bastantes pensamientos “¿cómo le digo?” “¿qué hago?” “pero si a mí me mandaron a estudiar, no a esto”. Se vienen muchas ideas malas, una de ellas fue la idea de abortar. Hubo un tiempo en el que yo y mi pareja decidimos no decirle nada a mi papá, igual no se me notaba, y nadie sabía y decidimos con mi pareja tratar de seguir adelante, entre los dos nos dimos ánimos, conversamos con la familia de él, con la mía, y la pequeña nació.

Mi papá se enteró cuando yo ya tenía cinco meses de embarazo, porque a mí no se me notaba, mi papá se enteró ahí, igual la familia de mi esposo. Me acompañaron bastante y toda mi familia y la suya, aquí igual profesores, compañeros, supieron entenderme y supieron acompañarme de manera positiva y sin juzgar.

Yo no sabía mucho y busqué en internet como alimentarme, como estar bien, para que mi bebé y yo tuviéramos un peso adecuado al momento de nacer. Y prácticas generales de aseo. Durante el embarazo yo tenía bajo peso pero el bebé estaba bien.

Los primeros meses estaba nerviosa, porque todavía mi familia no lo sabía, no podía estar tranquila y pensar que eso también le afectaba a mi bebé. Había momentos en los que lloraba sola. Pero el tiempo fue pasando. Sabía que debía cuidar mis emociones, pero no lo hacía, porque en el momento se presentaban determinadas situaciones difíciles para mí que no me permitían estar tranquila.

La relación con el bebé inició desde el embarazo, ya que cuando tú estás embarazada, sabes que algo está dentro de ti y tú sabes que empiezan a compaginar. Sientes sus patadas y movimientos y es una sensación de entenderse. Fue una relación que surgió natural, no realicé ninguna práctica para fomentarla.

El principal recuerdo bonito del embarazo son los movimientos, las patadas, la primera vez que escuchamos los latidos del corazón.

Recuerdos negativos: la parte en la que mi familia no lo sabía, no sabía nadie, cuando todo estaba oculto.

Al principio sientes vergüenza porque van a decir “¿cómo pudo hacer esto?”, pero luego creo que mis compañeros y profesores supieron entenderme, tuvieron consideración, me justificaron cuando tenía controles médicos, mis compañeros trataban de informarme acerca de las tareas cuando yo tenía que faltar. Creo que hubo una parte mala por parte de la institución porque cuando uno da a luz no te dan mucho tiempo para recuperarte, una semana para parto normal,

quince días para parto con cesárea, pero en esto hubo una parte positiva por los profes que me dijeron que me tome el tiempo necesario.

El embarazo no influyó en mi desempeño y rendimiento académico, ni en la consecución de las metas planteadas.

La última semana me dijeron que tenía que ir al centro de salud para hacer los ejercicios de preparación al parto, me decían que camine mucho. Yo me fui a dar a luz en el centro de salud, porque decían que en el hospital trataban mal. En el centro de salud yo pujaba pero no podía dar a luz, entonces me dijeron que tenían que hacerme cesárea y me llevaron al hospital. En la ambulancia me iban presionando y decían que estaba por salir en la ambulancia. Pero llegué al hospital y fue parto normal. Si fue una experiencia muy dolorosa. A la vez que te sientes feliz por conocer a tu hija, pero a la vez es muy dolorosa.

En el centro de salud estuvieron mi papá, mi madrastra y mi esposo. Pero en el hospital no dejaron entrar a nadie. Estaba sola con los médicos, el trato fue un poco grotesco porque al momento de pujar me comenzaron a aplastar duro para que salga a la fuerza. Igual al momento que le sacaron yo le vi de espaldas, no le vi de frente, de ahí le sacaron y le fueron a limpiar. Solo le vi de espaldas, oí que lloró y se lo llevaron.

En el primer momento, le cambiaron y le vistieron y le trajeron para que lacte un ratito, para ver si cogía el seno. De ahí le retiraron otra vez porque decían que tenían que hacerle exámenes y se lo llevaron toda la noche y me lo trajeron al otro día.

Durante el proceso no me informaban, solo me dijeron que respire y que puje y después me aplastaban. No me dieron la posibilidad de tomar decisiones en el proceso.

El ambiente estuvo normal, estuvieron tres médicos.

La experiencia de tener en brazos al bebé por primera vez es muy bonita, que mientras uno no la viva no la va a poder conocer. Me sentí muy bien, muy feliz, porque después de tanto tiempo que lo tienes en la barriga sale y está contigo. En esos momentos sabes que va a cambiar tu vida, que van a venir problemas, sabes que va a ser difícil, pero sabes que por esa persona que nació vas a tener que salir adelante y eso transmite mucha felicidad y mucha paz.

Todo el tiempo le di leche materna. Fue una experiencia dura. Durante el embarazo me dijeron que debía hacerme masajes en el pezón para que esté medio puntón y cuando el bebé nazca pueda mamar. Yo lo hice pero mi bebé jalaba mucho y me lastimó mucho, mucho. Yo lloraba, como ella lloraba, salía sangre y ella tomaba eso. No sé si le ocurrirá eso a las demás personas pero a mí sí me dolió mucho. Creo que fue una semana que pasó sangrándome el pezón, luego ya se normalizó. En el hospital me dijeron que primero debo ver que coja, segundo debo virarle un poquito de lado para que no se atraquen. Esas fueron las indicaciones.

Al inicio tenía malas noches, había veces que ella dormía de largo las primeras horas pero luego se levantaba a la madrugada para tomar el seno, tenía la costumbre de tomar el seno a la madrugada. Luego se dormía un poco y otra vez se levantaba. Entonces era un poco difícil porque pasaba malas noches en esos momentos. Dormía siempre conmigo.

Para una persona principiante es difícil enfrentar el llanto del bebé porque uno no sabe que tiene, tiene hambre, le da el seno, sigue llorando. No me pasó muchas veces pero yo trataba de entender porque lloraba, a veces está enfermo, le duele algo, uno a veces no sabe pero tiene que ingeniarse para ver qué pasa.

Los recuerdos bonitos del primer año de mi bebé fueron cuando le salieron los primeros dientes, cuando empezó a gatear, las primeras palabras, las primeras caras y gestos, son momentos que uno se tiene ahí presente, te toman fotos, se hacen videos para que queden los recuerdos.

Recuerdos negativos, la dificultad al momento de dejarle, cuando tenía una persona que podía verle, la incertidumbre de saber si estará bien... El primer año venía conmigo a la universidad, luego se quedaba con la prima de mi esposo. Al momento de venir conmigo igual se enfermaba porque aquí hace frio, salimos de noche. Cuando se quedó con la prima de mi esposo, siempre pensábamos si estará bien, si le dará de comer. Cuando tuve que dejarle para venir a la universidad fue difícil para las dos, estábamos acostumbradas a estar juntas, ella lloraba, tocaba entre tenerle con algo, para que se quede. Porque ellos ya sienten y saben. Igual yo me sentía mal porque estaba acostumbrada a estar con ella y no sabes si le van a tratar bien o va a estar bien o va a estar mal.

En cuanto a las emociones: hay que ser un poco más fuerte porque dicen que ellos sienten todo, entonces, y ellos ya saben todo, se dan cuenta de todo, entonces uno debe tratar de estar más tranquila y si hay alguna situación mala tratar de resolver cuando no estén ellos, porque ellos se dan cuenta de todo. Algunas veces, esperar que se duerma para resolver las cosas y no frente a ella.

Todo el primer año yo le traje a la niña a la universidad, lo que facilitó el proceso de lactancia. Había momentos en que yo debía salir del aula para atender sus necesidades pero no implicó bajar mi rendimiento académico. También uno tiene que poner de parte para salir adelante.

Mi familia, mi papá, mi madrastra, mi abuelita, han estado siempre pendientes de mí y de mi pequeña. Estaban lejos pero me llamaban para ver como estaba, yo viajaba los fines de semana. Creo que he tenido bastante apoyo por parte de ellos, de mi esposo igual que siempre ha estado

conmigo ayudándome. Igual aquí mis compañeras, mis amigas, los profesores, no han estado para juzgarme sino para apoyarme.

En la elección de estilos de crianza y aprendizaje, uno se va aprendiendo, en el internet, consejos de mi abuelita y de mi madrastra, igual le van guiando a uno, que hay que hacer, como hacer. Y uno ya va aprendiendo y se va dando cuenta qué hacer.

Cuarta Historia de Vida: EEUTCHV4

El embarazo estaba en planes, pero no digamos ya. La idea era terminar mis estudios y ahí sí. Pero se nos adelantó. Y aun así no tuvimos problemas. Lo llevamos de la mejor manera.

Fue una noticia muy buena por un lado, pero por otro lado también me sentí mal que no terminé mis estudios. Pero igual recibí el apoyo de mis padres, de mi esposo, entonces fue de lo mejor.

Las personas más presentes en el embarazo fueron mi papi y mi mami, ellos estuvieron pendientes, igual en los controles, ellos estuvieron ahí en las ecografías, ellos estuvieron ahí en cada cosa pendientes.

Además una amiga, que tengo hasta ahora, desde que se enteró que estaba embarazada igual veía por mí, cuando no podía venir me ayudaba en los trabajos, en los deberes, igual cuando estaba dada a luz, casi un producto académico yo no podía asistir, ella me ayudaba en los trabajos, ella estaba ahí pendiente.

Los docentes, casi la mayoría, todos me entendían, cuando tenía que faltar igual, a veces me decían si me sentía algo mal que les avise para poder llamar al médico de la universidad.

Tenía citas con una doctora que me hacía ejercicios en la barriga, en las piernas. Me preparaba para el parto. En la alimentación tenía una nutricionista que me decía cómo alimentarme, que ya no eran tres veces al día, sino cinco veces.

Con respecto a las emociones y círculo social, no porque no tuve mayores problemas o discusiones que me afecten, le llevé de una manera buena.

Desde el momento que me enteré que estaba embarazada y en el transcurso del embarazo, yo me daba cuenta al momento que le hablaba, le tocaba, entonces reaccionaba con sus movimientos. Entonces había una relación. No hice prácticas de estimulación temprana.

Lo que más me gustaba del embarazo es que le podía llevar a todos lados sin que me moleste. Estaba ahí presente.

Algo negativo, es que no podía hacer deportes, tenía límites para la actividad física.

Fue una experiencia grande, yo vivo lejos, el viajar era muy cansado. Eso y más, que yo me cambié de universidad. Había días que había clase, días que no, entonces el viaje era en vano, tenía que regresarme.

Como era estudiante nueva, no tenía mucho contacto con los demás. Con los que ayudaban. Todos decían “pero no se nota”. “¿Dónde está la barriga?”. Porque no tenía barriga. Ya después di a luz.

Con los profesores, estuvieron pendientes, igual cuando tenía controles me justificaban las faltas, me recogían los trabajos.

Es más cansado de lo normal, pero de ahí no tiene nada que ver. Mejor da más fuerza de seguir adelante, esforzarse más por esa pequeña persona que llegó a la vida.

La preparación para el parto solo fue los ejercicios físicos que me hicieron. Luego ya tenía las 42 semanas de embarazo pero no daba señales de que iba a nacer, entonces lo que hicieron es forzarme el parto porque ya no tenía agua de fuente, entonces me forzaron el parto.

Di a luz en Baños, en el Hospital Básico. Mi mami entró conmigo, porque mi esposo estaba trabajando, habían días que trabajaba el día y días que trabajaba la noche, entonces no era algo seguro que él podía estar, entonces mi mami estuvo ahí todo el tiempo.

La doctora que me atendió fue excelente, ella me gustó mucho porque ella estaba pendiente. Bueno en ese día que yo di a luz ya en la noche, mi esposo llegó cuando ya nació, entonces ella dijo que yo necesitaba mucho cuidado y permitió que él pasara la noche conmigo. Pero al siguiente día hubo una enfermera de turno que no le gustó y le mandó sacando, pero la doctora le llamó la atención diciéndole que no estaba bien porque si ella le puso es por algo, entonces la atención de la doctora si fue muy buena.

La doctora me decía “vamos a hacer esto, si le parece, está bien...”

El ambiente era íntimo porque estaba la doctora, y como que ella se ganó mi confianza desde que me internaron. Me sentí segura y tranquila porque igual hombres no habían, entonces estaba en un ambiente seguro, digamos...

Si (*sentí respeto*).

Fue algo increíble, es un momento muy especial para una mujer, porque después de nueve meses de tanta espera, se le llega a conocer al bebé, y es muy bonito, es una experiencia muy bonita.

No (*fui separada del bebé*) todo el tiempo estaba ahí, igual para asearle lo hicieron ahí junto a mí, no se lo llevaron nunca.

Si (*el bebé lactó en la primera hora de vida*). Al inicio, mientras estaba en el hospital, pensaba que todo iba bien, pero cuando ya me dieron el alta, al siguiente día, descubrí que no tenía leche. Entonces solo estaba succionando pero no salía leche. Ese rato mi mami fue donde la doctora que me había atendido el parto, pero como ya había salido de turno, no estaba, le atendió una pediatra y dijo que podía alimentarle (*con fórmula*) pero con una agüita de anís español para que no le haga daño. Entonces tuvimos que darle lo que es la fórmula. Creo que fueron dos semanas que no tenía nada. Entonces ahí empezó recién a salir entonces ya le daba de lactar normal.

No me dio tantas molestias porque desde que llegó dormía, dormía en la noche, dormía en el día, pasaba dormidita, no tenía problemas, más que todo de noche, me dejaba descansar tranquila. Igual cuando ya regresé a clases, yo hacía mis deberes, le daba de comer, le aseaba, todo, se acostaba y hasta el siguiente día.

Sí dormía conmigo.

(*El llanto*) como que si desesperaba, más cuando se enferman, no se sabe que les duele o que les pasa. De ahí en lo otro digamos que si estaba el pañal mojado ya se daba cuenta que era por eso la molestia, cuando tenía hambre o así.

Las experiencias bonitas es la dulzura que ellos tienen, sus movimientos, sus gestos, como ellos se van desarrollando físicamente, es bonito. Igual cuando empezó a gatear, cuando se viraba, cuando hacía sus primeros pasitos, era bonito.

Lo negativo, tal vez lo que no podía bañarle, porque se me resbalaba, era muy delicada.

Dejar a su hija para regresar a la universidad fue un poco duro y triste porque como yo pasé un mes y medio desde que di a luz, ya me acostumbré a estar con ella, a abrazarle y todo y después tuve que dejarle por varias horas, porque yo regresaba ya de noche, es duro separarse cuando

ya se acostumbró. Solo trataba de llegar rápido a la universidad, hacer todas las cosas, salir de clases y regresarme rápido, no perder el tiempo, yéndome a dar una vuelta, sino regresarme rápido y así esperaba las horas para regresarme a la casa.

Como no tenía abundante leche lo que hacía es le complementaba con formula y lo que podía dejaba sacando. Pero no era en grandes cantidades porque no tenía. Más consumía lo que es fórmula.

Lactó hasta el año un mes.

Recibí apoyo de mis padres, de mi hermano, y bueno cuando ya nació mi hijo mi esposo se fue a vivir con nosotros entonces él también me ayudaba cuidándole cuando no trabajaba. Cuando trabajaba, mis papis se encargaban de él.

Cuando regresé (*a la universidad*) recibí una ayuda económica, que cuando fui a justificar las faltas, tomaron los datos de mi hija y fue económicamente que me hicieron llegar un cheque.

Con respecto a los modelos de crianza y educación creo que he tomado modelos de mis familiares o de algunos vecinos, o simplemente cuando se va por ahí se ve como les tratan a los niños, a veces les pegan en la calle, entonces yo creo que eso no está bien. Hay que buscar de enseñarles, buscar una forma dinámica para que a ella le guste. Bueno en este caso ya está aprendiendo a comer sola y para eso necesitaba motivarle con algo, le vi los platitos de Micky Mouse y de los dibujos que a ella le llaman la atención. *Las personas que más influyen en la educación* son mis padres, porque con ellos pasamos más tiempo.

Quinta Historia de Vida: EEUTCHV5

Mi embarazo nunca lo planificamos con mi pareja, fue de sorpresa, como algo que nos llegó.

Cuando me enteré que yo iba ser madre fue difícil, porque yo estaba estudiando... y aparte de esto yo soy de otra ciudad, estaba aquí en la U y no sabía cómo decirle primero a mi familia, y a parte no sabía cómo iba a hacer en la Universidad, entonces me sentía triste, desesperada y tal vez pensando tomar decisiones tomadas así a lo rápido, cómo que a la desesperada. Lo primero es que uno piensa de que va a hacer, lo primero en mi mente era como que no, que no le puedo tener al bebé, o algo así, llegué al pensamiento de abortar, pero, después, una vez que una persona siente que está embarazada, uno lo dice no más que no lo puedo tener, que voy a abortar, pero creo que ese momento es como que reflexiona y dice que primero voy a pensar en que voy a hacer... y luego creo que tomé la mejor decisión.

Durante mi embarazo, prácticamente yo pasaba aquí sola, porque yo estaba estudiando, pero siempre recibí el apoyo de mi mamá, de mi papá, y de igual manera del papá de mi hija, siempre estaba pendiente. No estábamos juntos, bueno sí hubo un tiempo en que estábamos juntos, después nos separamos, pero también la familia de él estuvo pendiente del embarazo como quiera.

Mis amigas de la U siempre me acompañaron, ellas siempre fueron para mí el apoyo, siempre me ayudaron en la universidad, mis amigos, y no solo los de mi clase, pues yo tenía amigos de otras materias y siempre me estuvieron apoyando.

Siempre iba a los controles con el ginecólogo, me tomaba toda la medicina que me recetaba, y me cuidaba de cosas que no se pueden hacer durante el embarazo, como tomar, fumar y cosas que me podían hacer mal.

A veces estaba yo como que en depresión, porque no sabía si yo iba a poder con la Universidad, no sabía si es que iba a avanzar, sin embargo, durante todo mi embarazo no tuve una etapa complicada, no tuve mareos ni malestar, como estuve tranquila durante mi embarazo, entonces sí pude seguir con la Universidad, con mi vida normal.

La relación con el bebé durante el embarazo: no creo que sentía un vínculo, todavía; creo que todavía seguía en shock, todavía no asimilaba la responsabilidad que se me venía, no sabía si es que podía continuar con mis estudios, al comienzo como que sí tuve un pequeño problema con mi papá que se alejó, porque yo era la última hija... La relación que me vinculó con mi hija ya fue en los últimos meses y prácticamente ya cuando nació.

Entre los recuerdos más bonitos fue cuando por primera vez ya se movió mi bebé, que fue ya casi como a los seis meses, ahí fue cuando ya se empezó a mover. Casi que en todo el tiempo de mi embarazo, como que ella no estaba muy activa. Otro es que siempre me sentí bien querida por mis amigos, siempre estaban pendientes de mí, mi familia, todos... sí creo que fue una etapa bonita de mi vida.

Un recuerdo negativo era pensar al “¿qué dirán?”. A veces yo trataba de ocultar mi barriga para que no me señalen... no sé, tenía como que ese miedo al “¿qué dirán?” las demás personas.

Durante todo el embarazo solo fui a los controles, pero no hice ningún tipo de estimulación temprana.

En mi embarazo en la universidad, yo seguía mi vida normal, seguía yendo a clases siempre, claro que hubo docentes que, cuando les explicaba mi situación, la mayoría me supo entender, pero... seguía siendo normal, así como antes.

A ratos creo que el embarazo sí influyó *en mi desempeño académico*, porque había algunos proyectos que estaba yo vinculada aquí en la Universidad y no los pude desarrollar, porque ya era el tiempo que salía de clases, claro que salía un poco cansada, a hacer deberes, y trataba descansar por mi bebé, entonces yo me retiré de algunos proyectos que yo había estado interesada en hacer.

Me preparé (*para el parto*) escuchando a mi familia, a mi mamá, principalmente, como el lugar donde va a nacer el bebé, viendo la situación como estaba la bebé y tomar las decisiones, porque en las últimas semanas me salía en el eco que estaba de 36 semanas, pero de acuerdo a mi última fecha, yo ya estaba para cumplir, entonces fue un poco complicado.

Di a luz en el hospital de Santo Domingo, en ese momento estuvo mi mamá. Ella estuvo todo el tiempo, di a luz con parto normal.

En el Hospital me sentí muy bien. Desde el momento que llegué, hasta que me tocaron los dolores y hasta que llegó el parto todo el personal me trató bien, bueno, hubo momentos en que veía que a otras personas las trataban mal, pero conmigo no. Todos se portaron bien, me dieron ánimos, incluso en el momento del parto que ya sentía que no podía, pero todos me dieron ánimos y... todo salió bien. *Con respeto al ambiente* me sentí como que era mi espacio, para mí ese momento y el nacimiento de mi hija. *En cuanto al respeto por el dolor* si me sentí como un poco impactada, como que el cuerpo de la mujer está diseñado para esto; pensé en un momento que no iba a poder, pero recordaba lo que decía mi mamá que la mujer está diseñada para esto, y sí, la verdad, se puede.

El personal de salud durante todo el proceso siempre me informó, desde que llegué me dijeron todo lo que tenían que hacer, los chequeos, por ejemplo, me controlaban cómo estaban los latidos del corazón de mi bebé, me iban informando lo que me tocaba a lo siguiente, hasta cuando

ya me tocó y me dijeron que iba a subir al piso donde estaba la sala de parto, ahí al momento del parto me iban explicando todo lo que iba ocurriendo. Me iban informando, porque hubo un momento, cuando ya me tocaba el parto que, como ya no podía, me dijeron que ya me iban a cortar, porque yo ya no podía, pero solo me informaron, no me preguntaron.

Tener al bebé en los brazos por primera vez es una experiencia muy bonita, porque... por dentro solo te imaginas pero el momento que tienes a tu bebé, creo que supera las expectativas, es algo muy emocionante y creo que toda madre debe sentir eso. Yo me sentí feliz, realmente muy feliz de tener a mi bebé en mis brazos.

Cuando mi bebé nació tuvo un problema, no lloraba, como que le faltó la respiración, entonces la pusieron en su cuna a darle una reanimación, pero de ahí, después de que ya le estabilizaron todo, ya nos pasaron juntas a la habitación. Sí lactó en la primera hora de vida. La experiencia de la lactancia fue algo doloroso, muy doloroso, porque primero yo nunca me capacité para eso, entonces creo que eso fue algo que me faltó y que debería ser muy importante en cada mujer, porque sí fue muy doloroso, era complicado, estaba cansada, en el primer día me sentía cansada, no me acoplaba todavía al ritmo de mi bebé porque ella lloraba muchas veces, se despertaba y darle de lactar, tenía agrietados los pezones, fue difícil toda esa etapa para mí. *Le daba de lactar*, pero también completaba con leche artificial, debido a los estudios. En la mañana yo tenía clases y ella se quedaba con el papá, entonces a ratos me podía extraer mi leche misma y le dejaba, pero había momentos en que no podía, porque como tenía que hacer los deberes, a veces tenía que descansar, estaba cansada, se dormía la bebé y no me daba tiempo para extraerme, entonces me tocaba recurrir a lo que es la leche artificial. Ahora mi bebé tiene nueve meses y sigue lactando. Pienso seguir dándole de lactar hasta el año y medio.

Mi bebé desde que nació duerme conmigo.

Mi bebé no ha sido de los que lloran mucho: al inicio como que sí lloraba, porque por lo que yo tenía los pezones agrietados, no podía darle mucho el seno y ella lloraba de la desesperación y del hambre, me imagino. Y a ratos así, cuando lloraba, si no era el seno, era cambiarle el pañal, o que se duerma ya. Pero así, en todo este tiempo, decir que llore mucho, no. A veces cuando siento que está un poco molesta y quiere llorar es porque tiene sueño, y... ya.

Ella siempre me hace muy feliz de verla porque como en esta etapa va creciendo, hay muchas cosas que ya va aprendiendo, siento mucho amor en el momento de tenerla, cuando se me acerca, entonces un abrazo, un beso... creo que es algo muy bonito.

En las emociones negativas, a mí me hubiera gustado estar toda la etapa con mi bebé, porque tengo por ahora que ausentarme, nunca me hubiera gustado darle leche artificial, pero... no me quedó otra opción, pero a rato siento como que me gustaría, me hubiera gustado estar más pendiente de ella en esa etapa que ella estaba más chiquita. Me costaba la separación. Ahora que la bebé ya ha empezado a comer, es como que me calmo un poquito, pero al inicio yo me preocupaba bastante, porque al inicio ella rechazó la leche artificial y me decían que ella no quería, no quería tomar la leche, y yo tenía esa preocupación que se me va a enfermar, que se vaya a bajar de peso, entonces, apenas yo salía de clases, o apenas no tenía una hora, me salía de clases, pedía permiso o cualquier cosa y me iba para poder dar el seno a la bebé.

Para poder continuar estudiando yo recibí apoyo de parte de mi familia, de mi papá, de mi mamá, bueno igual de mi pareja, que sí me está ayudando.

Una quiere siempre ser la mejor mamá y buscar lo mejor y trata de hacer eso primero. En la comida, trato de que sea la más saludable, porque no me gustaría que sea muy golosa, pendiente

de los dulces... trato de que la comida sea sin sal, sin azúcar, que las verduras, que esas cosas. Y desde ahora trato de enseñarle, le digo los colores, como se llama esto, veo así como que...ya desde chiquita decirle lo que está mal y lo que está bien, nada más. Como modelos, tengo las enseñanzas de mis papás, porque ellos son mi ejemplo y mi hermana, mi hermana porque me gusta como ella les educaba a sus hijos.

Sexta Historia de Vida: EEUTCHV6

No, (*el embarazo no fue planificado*). Yo me di cuenta cuando tuve el retraso de un mes, cuando empecé a sentir náuseas y todo eso, por eso me di cuenta. Pero, en sí, lo supe verídicamente cuando me hice los exámenes, a los 3 meses, ahí ya supe que estaba embarazada. En mi caso, tuve miedo, porque mi papi es bien cerrado, él es "las cosas se tienen que hacer derecho y lo otro no". Yo tenía miedo de decirles que estaba embarazada, el temor era a como él reaccionaría, ya que, como le digo, mi papi.... Me dijo que él ya no tiene ninguna hija. La cosa fue fuerte, porque yo apenas tenía 19 años cuando me quedé embarazada y creo que yo tenía algunas metas mejores para mí.

Más creo que fue mi papá, cuando se tranquilizó, luego lo asimiló, y fue mi papi, mi mami, mi abuelita, los que me acompañaron, porque mi esposo casi que no.... También me acompañaron mi prima y una amiga, compañera de la carrera, que es de aquí. Ella era la que más se preocupaba por mí, en el estado, si ya me comí esto, los medicamentos y eso...

Yo seguía las indicaciones del ginecólogo, porque yo tenía que tomar el ácido fólico, me mandó calcio para los huesitos del bebé, yo tenía la glucosa muy alta y tenía que tomar todos los medicamentos que me daban. Yo en ese momento más me enfoqué en estar bien yo, y mantener a la salud de mi hija mejor. No tener emociones fuertes porque tenía la presión alta y... sí, sí tenía, que cuidarme bastante en mi primera hija. Ya... en mi varoncito casi que no fue mucho: de

él yo tenía anemia, pero... sí me mandó medicamentos y el riesgo no era tanto como de mi primera hija, porque yo tuve un sangrado, el embarazo fue un poco más delicado.

La relación los bebés empezó en el embarazo: sí, porque ya no era solo mi vida, ya era otro ser que yo tenía adentro de mí y yo tenía que cuidarlo. Ya formó parte de mí.

Recuerdo que a cada control que me iba, ya veía lo que sabía estar, me decía en los ecos que esa era la cabecita, la piernita, cada vez que se movía, sabía que estaba bien, o tan solo escuchar el latido del corazón, eso me daba a mí una felicidad para mí...

Recuerdos negativos tengo muchos, porque cuando me quedé embarazada yo fui a vivir en la casa de mi esposo, pero yo no le agradaba a mi suegra, tenía muchos problemas, la señora... me comenzó a pegar (*el esposo*) y eso... algo bien fuerte que me pasó. Mi esposo me comenzó a pegar, y eso que yo estaba embarazada de mi segundo hijo... Cuando mi hija cumplió un año, yo me salí de ahí, porque yo estaba embarazada y a él no le importaba... A veces, yo sabía estar marcada mi hija y embarazada, pero a él no le importaba y me pegaba, su mamá sabía ver... y fue bien feo, fue duro lo que yo viví.

Cuando yo salí, fui a vivir con mis papás y todo el embarazo de mi segundo hijo ellos veían por mí, me apoyaban económicamente, me llevaban donde el médico y en todo lo que tenía que hacer, y como mi hija les trata, es su papá, mis papás siempre han estado ahí, y yo creo que ellos siempre me van a estar apoyándome.

Yo sé que nuestra responsabilidad con nuestros hijos es muy a parte, pero el embarazo sí influenció lo de mi estudio, porque ya no se tiene la misma libertad, porque se tiene que estar ciento por ciento aquí y lo de los estudios sí fue bien fuerte, porque tenía a mis hijos, y a la Universidad... ya es una responsabilidad muy dura, que tengo que sacar adelante.

Los demás estudiantes todos me ayudaban; tengo una anécdota: una vez que estaba en clases, eran más o menos las siete de la noche, me dio un mareo, y tuve un fuerte dolor a mi espalda y mi compañera que se llamaba Myriam Hidalgo se asustó y mis dos compañeros me dijeron: nosotros le vamos a ayudar, y era algo bueno, porque es como que tenía a alguien que, aparte de que no son nada, son solo compañeros, me ayudaron en esta momento en que yo pensaba que yo iba a dar a luz porque me dolía feísimo; me llevaron al médico y había sido que la cabecita del bebé se me había entrado a una pierna, y eso era porque mucho subía y bajaba las gradas....

Los docentes me ayudaron bastante: en el momento que ya di a luz, solo me vinieron a pedir que yo les venga a dejar el certificado y, ellos sí, de buena voluntad. Son solo ocho días que dan aquí, pero me dijeron que me tome los quince días, que me recupere bien y que vea como dejarle a mi pequeño. En esta parte, sí me ayudaron los ingenieros [*Es decir, los profesores. Aclaratoria de la investigadora*].

No creo que el estar embarazada influyó en mi rendimiento académico, porque, a pesar de que tengo dos hijos, sigo estudiando y eso es (*ellos son*) el motivo porque yo estoy aquí, porque quiero darles una vida mejor, quiero apoyarlos en todo lo que pueda.

En cada control me decían que tenía que darle forma a los pezones para poderles dar la comida, me decían de los dolores secos, que les llaman, que no va a venir nada, mientras que los otros dolores empiezan cada cinco, diez segundos, no me acuerdo bien, y que cada dos de ellos, si ya eran fuertes, que yo e iba a entrar al parto. *Esta información me daba* el ginecólogo. *Ambos partos tuve en* el Centro de Salud. Mi mami entró conmigo cada vez que yo iba a dar a luz. Cuando tuve a mi hija en el Centro de Salud me dieron todo, mientras que cuando llegué para dar a luz a mi hijo, como que no me querían dejar entrar si es que no les traía todo. Fue diferente.

Sobre la información y la posibilidad de tomar decisiones: No. Solo me decían de empujar, porque ya mismo... para que pueda salir el bebé. Sí (*sentía respeto por el dolor*) porque me decían: “Ya no se esfuerce, mientras venga el pujo, hágalo, mientras no, que esté tranquila”.

Sí (*era un ambiente íntimo*).

(*Tener a su hijo por primera vez en brazos*) En mi hija fue algo bonito, porque ella en seguida lloró, en cambio en mi varón había sido que ya se me estaba pasando el parto, nació todo moradito y no lloraba. Le llevaron a parte, a succionarle por la nariz y por la boca, para que pueda respirar. En mi hija todo fue algo bonito, pero en mi hijo yo me asusté porque no lloró estaba todo moradito y yo pensé que había fallecido. A mi hija no le separaron nunca de mí, mientras que a mi hijo sí. A mi hija le di de lactar en seguida, pero en mi hijo se demoraron hasta que le estabilicen y eso, pero después sí.

En mi primera niña, *la lactancia* me hizo duro porque yo no tenía los pezones bien formados, me lastimó bastante, no le podía dar de comer... me salieron unas bolitas y era porque la comida se quedaba allí la comida y era porque no lactaba bien mi pequeña. En mi varoncito, el lactó normal, todo bien. Mi hija lactó solo de mí hasta los ocho meses, porque de ahí vine a la Universidad, mi hijo en cambio se quedó de los quince días. Yo estaba embarazada ya para entrar a la Universidad, ya di a luz y todo eso. En cambio con mi hijo yo estaba estudiando y solo pasaron 15 días, me tocó de tratar de darme sacando toda la leche que podía y a parte de eso, ayudarme con la leche de tarro. A los dos (*les di de lactar*) hasta el año.

(*Depresión post-parto*) No.

En mi hija fue bonito, pero al ras que cumplió el añito, ya eran muchos problemas, porque yo ya estudiaba, venía a la casa de mis papás a verles y mi suegra me decía, me sabía decir siempre:

“Ustedes andan como el perro, de arriba a bajo, como que no tuvieran casa para que se quede. Ese año fue, creo que no tan bonito, pero creo que si lo disfruté. Y en cambio, de mi varón, él sí fue lo que peor me pudo pasar, porque ya nació él, queríamos hacer reconocer por mi esposo, pero la mamá no le dejó. Y él estuvo casi un mes y medio con mis apellidos, le hicieron un juicio (*al esposo*) para que se acerque a una prueba de ADN, pero no vino y ahí fue cuando él me dio los trámites para que le vaya a asentar con los apellidos de él. Sí, en él fue fatal, porque, a parte de que él no estaba ahí, no le quiso reconocer, no me ayudó en nada.

Sí (*dormían bien*), cada vez que se levantaban ya tenía que cambiarles de pañal, darles de lactar y se volvían a dormir y... casi no era mucho... problema con ellos.

Regresar a la Universidad se me hizo duro, porque ya... era como que una parte de mí se quedaba en la casa y yo era preocupada de cómo estará, estará llorando, estará bien... Les verán bien, les pasará algo... Pero... no sé... sí es fuerte. Mi familia me apoyó para que yo pueda seguir estudiando.

Siempre tuve a mi compañera, aunque ella ya no está y se fue para Quito a estudiar, pero ella siempre me preguntaba: “¿Cómo estás? ¿Estás bien? ¿Cómo te va?” “Sí, vas a aprobar?” O, a veces ya le contaba y ella me pasaba, como que: “Ya no importa, hazle un caso omiso, que luego ya vas a ver que por algo te pasan las cosas, pero: ¡Lucha!”. Porque ya tengo dos niños y por ellos tengo que salir adelante.

En la educación de mis hijos, yo le tomo más... como que los pensamientos de mi papi. Porque creo que es una persona que ya sabe lo que puede pasar y el rato que yo quedé embarazada a los 19 años, es como que no quisiera que mi hija pase por lo mismo, si no que tenga una profesión, o tenga ya un título, que se pueda sostener para poder tener a sus hijos, porque, que

sé yo: acabar solo un Bachiller... no es nada y es muy duro y, aparte de eso tener que estudiar, y estar pendiente de los hijos... no se da el cien por ciento ni por un lado, ni por el otro lado.

Séptima Historia de Vida: EEUTCHV7

FERNANDA VASCONEZ:

No (*planificamos el embarazo*). Me enteré cuando yo tenía ya unos cuatro meses de embarazo, hasta ahí yo la regla la tenía normal, entonces yo no tuve una alerta que yo estaba embarazada, hasta el tercer mes. Un día yo estaba conversando con mi pareja, estaba recostada en la cama y sentí un movimiento en el vientre. Me pareció raro: no sabía lo que se estaba moviendo allí adentro, pero, como no había experimentado un embarazo anteriormente, dudé porque yo tenía la regla y estaba segura que no. Ahí pregunté a mi pareja y le dije: "Creo que estoy embarazada. Porque el movimiento fue muy fuerte, no era como que algún órgano se movió o algo así, entonces él me dijo: "Hagamos una prueba". No hicimos la prueba de sangre, que es la oficial, sino hicimos la de farmacia, entonces yo ubiqué la varita del test en las gotas de orina como decían las indicaciones, la mariposa se rayó, no hubo ni que esperar pocos minutos. Entonces mi pareja en sí reaccionó bien, me dijo que él me iba a apoyar siempre y que íbamos a sacar a este bebé adelante. Pero ya eran cuatro meses de embarazo. Cuando fui al ginecólogo, él me dio más o menos el promedio basándose en el eco porque yo no tenía la fecha en que me había quedado embarazada porque yo era muy irregular. El ginecólogo me dijo que por el eco se veía que estaba un embarazo de cuatro meses. Y nada más. Al principio el mundo se cae porque uno tiene planificado estudiar, viajar un poco, tener su título, trabajar, y de ahí... lo que venga: casarse o ese tipo de cosas, no sé lo que me esperaba, pero al principio fue como que no lo voy a lograr, como que ese me iba a trincar todo lo que yo ya tenía planificado. Esa fue como la primera idea de entrada. Y otra fue que, como mi pareja no vivía conmigo en ese entonces, yo estaba sola, y

la una de dos: o él me va a decir: “Si, te apoyo”, o me va a decir: “No, hasta aquí llegamos.” Todo eso era un ir y venir en mi cabeza, que había noches en que yo no dormía, porque no sabía cómo le iba a decir a mi mamá, como le iba a decir a él mismo, a mi pareja, como iba a reaccionar, y sobre todo si mi mamá me iba a seguir apoyando, si iba a poder seguir estudiando, que era lo que quería. Esos fueron momentos de mucha desesperación, de mucha angustia. Pero... no sé, recibí el apoyo que necesitaba y se transformó en un embarazo bonito.

Mi mamá fue un apoyo fundamental: claro que estaba molesta por la noticia, ella no esperaba que su hija se quedara embarazada estudiando en la Universidad y todo eso, pero fue un apoyo importante, fue un apoyo fundamental porque mi mamá me decía: “Mira...”. Yo me enteré que estaba embarazada cuatro meses después, el bebé ya estaba formado, no había tomado vitaminas, no había hecho nada, absolutamente nada, lo primero que me dijo mi mamá fue: “si tienes tanto, más o menos, tienes que ir rápido al ginecólogo y hay que hacer algo. Entonces, mi mamá fue como ese apoyo que yo necesitaba en ese momento. Claro que, como le digo, estaba muy molesta, ella no me quería ni ver, creo yo, pero siempre estuvo pendiente que las vitaminas estén ahí, apoyándome económicamente para pagar el ginecólogo, porque yo no trabajaba, mi pareja tampoco, me apoyaba con los exámenes de sangre, ecos, todo lo que se venía... ella siempre estuvo allí apoyándome. Ninguno más afuera de mi círculo social me apoyó.

Amigas, amigas a las que no les había dicho por el temor de uno “¿qué van a decir?”, porque no me había casado y quizás es eso, que la sociedad te juzgue. Pero cuando yo les comenté que estaba embarazada, el apoyo fue muy bueno, en la universidad, de las amigas que había conocido aquí... fue muy bueno el apoyo, lo aceptaron de una buena manera, tomando en cuenta la situación que yo viajaba todos los días una hora, siempre estaba como que cansada, el embarazo es algo complicado, con un bebé, ya no es la misma energía que uno tiene, entonces

el apoyo de ellas como compañeras de clase fue fundamental, porque, no es que me daban haciendo las tareas, no, pero como que si nos tratábamos de ayudar un poco.

En cuanto al cuidado de mi salud, al principio fue complicado, porque, como yo viajaba todos los días, yo no tenía el tiempo sobre todo para irme donde un nutricionista. Entonces yo todo el embarazo, por haberme enterado tarde, y por no haber tomado vitaminas, y todo eso, trajo complicaciones. Yo tenía un alto índice de anemia, pero mi bebé estaba bien, por su sobrevivencia del ser humano dicen que está desde el primer momento, lo que él hizo es que tomaba todo lo que yo tenía, entonces él estaba bien, pero yo estaba mal. Entonces, obviamente con la ayuda del ginecólogo, tuve que tomar muchas vitaminas, como que el proceso que va desde el primer mes, como que las vitaminas y todo eso, yo lo tuve que hacer en un mes, para prepararme yo y para que mi niña esté bien. De ahí, físicamente, salí mucho a caminar, caminaba mucho porque me gustaba mucho hablar con mi hija y, según yo, mostrarle las cosas que habían en el mundo y preparándola a ella. Era mi forma de no sentirme tan mal por todo lo que estaba pasando, mi forma de escapar. Entonces, mi hija fue como un refugio, y eso de caminar.... Caminaba bastante, recuerdo que caminaba bastante, solo mi hija y yo. Esos momentos eran muy bonitos.

En el embarazo, como le dije, es complicado, porque uno piensa que la gente le va a juzgar. Entonces yo traté más que todo de proteger al bebé. Cuando uno sabe que está embarazada siente que tiene una vida adentro, a uno ya no le importa de uno, solo te importa de lo que llevas adentro. Entonces yo traté de alejarme de personas que sabía que me iban a juzgar por lo que había hecho y de quedarme con las personas que... quizás si me juzgaban, pero que al menos no me lo decían y me daban paz, tranquilidad y que no me decían: "Pero... ¿Ya te vas a casar?" o... "¿Qué pasa, por qué no te has casado? ¡Ya estas embarazada!" y este y el otro... y "¿qué papá le vas a dar a tu hija?" Nada de eso, yo traté de rodearme de personas que me den

tranquilidad, que me den paz y que no me estén preguntando constantemente este tipo de cosas...

Cuidé mucho lo que a mí me podía afectar, porque sabía que indirectamente, le iba a afectar a mi hija. Entonces, Sí tomé distancias. Y... trataba de leer cosas positivas, poemas, libros que me den aliento, que me den ganas de seguir, y no de... chuta, aquí se acabó mi vida por estar embarazada.

La relación con el bebé: desde que sentí ese movimiento, claro que fue complicado, fue como que el mundo se cayó, pero, detrás de todo eso, detrás de todos los problemas que se me venían, había un sentimiento tan puro, que yo sentía que nunca en mi vida yo lo había sentido. Es un amor que es incondicional. No es interés, no es como... pensar a tu pareja, que es un gusto físico, una atracción física, o a tu madre, que es maternal, que es como que esa confianza, es algo incondicional, un amor tan puro, que lo sentí desde el primer momento. Yo sabía que yo le iba a tener y que le iba a cuidar, sin importar si me iban a apoyar o no me iban a apoyar... tenía miedo, sí, pero yo le iba a sacar adelante. Entonces, yo creo que mi relación fue desde el primer día que sentí su primer movimiento. El médico me iba explicando los procesos... me hice un poco tarde las citas con el ginecólogo, pero él me decía: "Mira, al quinto mes ya puedes darle masajitos, hablarle, porque obviamente él está conectado a ti, entonces tienes que hablarle, ponerle música, cantarle, llamarle por el nombre con que le van a llamar", él me indicaba eso.

Recuerdos bonitos, hay sus movimientos, escuchar el primer latido de su corazón, escuchar, ver el eco, imaginar cómo sería, uno a través del eco se hace una idea de cómo sería, pero como madre... mientras se toca la barriguita, y lo siente... cada movimiento se va haciendo la idea de cómo sería o... me gustaría que sea de esta forma, entonces, me daba la emoción de tocar por

primera vez su manito, de verla, de conocerla, de mirarla, de ver cómo eran sus ojos, su boca, de cómo iba a tener su cabello, todo eso me hacía mucha ilusión.

Lo negativo que recuerdo fue viajar. Viajar todos los días porque era muy cansado, yo recuerdo que mi ginecólogo me decía: “A los niños se los educa desde la barriga”. Y como yo estudiaba en la mañana, yo le decía a mi niña: “en la mañana, tienes de dormir toda la mañana, porque yo estoy estudiando, mamá está ocupada” entonces yo le hablaba, le decía eso, entonces mi hija no se movía para nada y yo podía estar en clases. No al cien por ciento, porque uno no puede ya estar al ciento por ciento como antes, digamos que un setenta por ciento, pero siempre fue cansado, tenía dolores de espalda, la cintura y la columna me mataban, pero con todo yo no quería dejar, pero siempre me sentía muy cansada. Eso fue lo más estresante de todo. Y aparte de rendir como alumna, como toda alumna normal en la universidad.

En cuanto a la relación con la Universidad, no hubo problemas con los docentes, buenos, es que tampoco sabían que yo estaba embarazada, mi barriga siempre fue muy pequeña, no se notaba, porque normalmente uno se da cuenta de un embarazo por el tamaño de la barriga, que ya se notaba, entonces, yo tenía seis o siete meses y mi barriga era muy pequeña, no se notaba, yo me ponía ropa floja, y pues, ellos no sabían que yo estaba embarazada, pero sí llegué a un punto que tenía que hacerme exámenes. Tal vez porque viajaba, mi embarazo siempre fue muy complicado, entonces tenía que hacerme ecos, cada 15, el médico donde me hacía ver me decía: “Necesito que vengas en la mañana”, entonces ya me tocó decir: “Sabén que, estoy embarazada y esto pasa”. De ahí la reacción de los docentes fue, por una parte, como ya me conocían, ya estaba en cuarto semestre y venía conociendo a los docentes, entonces su reacción fue muy buena, recibí consejos de parte de los docentes que (jamás me imaginé) me iban a hablar quizás como un papá, que se preocuparon porque ellos sabían que yo viajaba y que obviamente no trabajaba, y cómo iba a hacer, esa preocupación siempre estuvo ahí, recibí

un apoyo bastante bueno de la Universidad, porque me permitieron hacerme exámenes, ecos y todo eso, dentro del horario de clases, pero a veces yo podía recuperar, fueron muy flexibles los docentes cuando se enteraron de que iba a ser mamá. Respecto a mis compañeros, igual recibí apoyo, sí recibí apoyo, de todos... en general, sí. Pero, sin embargo, siempre estuve con esa idea que a uno le señalan, no. Que una se haya quedado embarazada sin haberse casado. Eso fue lo negativo de eso. Pero el apoyo, sí, cuando necesitaba hacer un trabajo en grupo y yo no podía llegar, me mandaban lo que tenía que hacer, mi parte, yo la presentaba y ya está.

El embarazo influyó de gran manera (*en mi desempeño académico*), porque mi promedio bajó.

Bajó porque... no creo que tenía el mejor promedio, pero yo tenía un promedio aceptable, pero bajó porque el problema que pasaba en casa era complicado. Tenía una madre que estaba decepcionada de su hija, que la apoyaba sí, pero yo veía la decepción de mi madre, y eso era como que me preocupaba, tratar de recuperar la confianza que yo perdí fue duro, entonces como que descuidé lo académico para tratar de recuperarme yo, recuperar a mi mamá y ver lo que va a hacer mi pareja conmigo, si se iba a quedar con nosotras, o nos iba a decir: "Hasta aquí". Todo ese tipo de problemas, e incluido la Universidad, pasaban por la cabeza de uno, entonces: o era lo uno, o era lo otro, pero luego me estabilicé, cuando ya mi mamá como que aceptó mi embarazo, mi pareja me apoyó, mi promedio volvió a ser el mismo. La decepción era lo mismo porque uno tiene muchas cosas en la cabeza, y tiene mucho en que pensar, y decisiones que tomar, entonces... fue un poco complicado. Pero... logré superar, superé la etapa.

Se supone que yo iba a tener un parto normal, cuando llegó un día en que el médico me hizo el último examen normal para ver el peso del bebé, como estaba el bebé, el diámetro de la cabeza, y todo ese tipo de cosas. Y, de ahí yo tenía que esperar hasta que la bebé se ubique. Entonces, ya en el octavo mes me dijo que el diámetro de la cabeza de la niña es grande, en sí la niña es

muy grande, y estaba metida adentro de las costillas, por eso no tenía mucha barriga. Me dijo que era un embarazo raro, porque la niña está dentro de las costillas y tiene una cabeza de diámetro muy grande. Al principio era preocupante, porque me decían que podía ser por una enfermedad que la niña tenga, tal vez creo que se llama hidrocefalia... pero eso se vería ya cuando nazca. Ya en el noveno mes, ya en último eco que hice ya fue para ver si ya se colocó y todo eso y ahí el médico se dio cuenta que no se había ubicado. Que la niña seguía metida en las costillas y que no se iba a ubicar. La niña estaba en mi útero, pero estaba acá arriba. Mi barriga se supone que a los nueve meses, al inicio del noveno mes, la barriga baja, y la mía nunca bajó. La niña estaba metida acá arriba. Por eso, yo me asustaba cuando me iba al médico, porque yo veía señoras que tenían una barriga enorme, entonces yo decía... ¿qué pasa con mi hija? No se ve mi barriga así tan grande... entonces el médico me dijo que la niña está ubicada acá arriba, no está abajo. Entonces, no sé por qué pero se ubicó ahí. Entonces, ya que su cabecita se mantuvo en la parte de arriba, y que la niña era demasiado grande, que yo no iba a poder dar a luz normal, que si lo intentaba, me iba a sacrificar mucho, entonces me dijo que iba a planificar una cesárea y me indicó como sería la cesárea. Que el día en que iba a tener la cesárea no tenía que desayunar, porque, si es en la mañana, me iba a hacer daño, que tenía que traer las cosas de la bebé, la ropita y cosas personales de aseo, todo lo que iba a pasar en la cesárea... la decisión la tomamos mitad/mitad, porque el doctor me hizo un eco y me indicó donde estaba la niña, lo comparó con el eco de otra persona que la niña estaba encajada, que se había dado la vuelta y la mía no, entonces me dijo "no puede salir un niño primero los pies, porque lo mataríamos". Entonces él me dijo "mira, tengo que hacerte de ley una cesárea". Y otra... si se hubiese ubicado tampoco hubiese podido dar a luz normal por el diámetro de la cabeza, era muy grande la niña y me dijo "te voy a sacrificar muchísimo, a parte de la rasgadura que normalmente se hace, te voy a tener que hacer una rasgadura mucho más grande y eso te

va a complicar a ti". Entonces, después de todas estas explicaciones, Y eso no era ni tan difícil porque si la niña nunca se ubicó entonces...

Si se podía, podía entrar mi esposo y podía entrar mi mamá. Pero los dos no entraron, porque era una cesárea, tal vez... o sea mi esposo decía: si es un parto normal, entro. Si es cesárea, no, porque... hubieran tenido que atenderle también a él.

El ambiente: íntimo sí, tranquilo sí. Solo que uno no es que va todos los días a un quirófano, no? Entonces uno se choca ahí con unas cosas... piensa que esta es una carnicería... eso fue lo primero que se me vino a la mente, el ambiente no es ni muy familiar.

Respeto por su cuerpo y dolor: si porque el médico, ya cuando entré al quirófano para la cesárea, a uno le indican todo. El médico me explicó: mira, en este momento, te van a poner anestesia, tú tienes que ponerte en posición fetal, va a ser un poco incómodo para ti, y para el bebé, porque el bebé se va a mover. Tú no tienes que moverte, me explicó las causas, si es que yo me movía me ponían mal la anestesia, obviamente iba a quedar inválida o era probable, entonces él me explicó y me dijo: "Mira, no quiero que te lo tomes como: que va a pasar, pero puede pasar y por más que tu bebé se mueva, tú tienes que permanecer quietita, hasta que te la ponga. Y, cuando ya tu sientas que las piernas ya se te duermen, te voy a recostar, te voy a levantar la bata, te voy a cortar, tengo que cortar para sacar a tu bebé" y todo ese proceso me lo fue indicando cuando ya estaba en el quirófano. Todas las personas me prepararon obviamente muy bien, estuvieron pendientes de cada detalle, no sé si es porque sería en una clínica, o si lo mismo será en un hospital, pero conmigo se portaron bien, me indicaron todo lo que estaban haciendo en cada momento de la cesárea.

Es un sentimiento inexplicable, la primera vez que ya la vi. Porque... todo el embarazo fue complicado porque no tenía la fecha de cuando me quedé embarazada, entonces tampoco tenía

la fecha del parto, tuvimos que hacerlo como adivinando, adivinando... por medio de los ecos, entonces cuando le vi por primera vez, vi su carita, vi sus manos, vi que estaba bien y que estaba completa, fue... y cuando ya conectó conmigo, fue un amor que no le voy a sentir ni lo sentiré jamás. Fue como el amor más puro que yo pueda sentir. El sentimiento más honesto que voy a sentir en mi vida. Es un amor incondicional, y supongo que eso es el amor materno que las mujeres tenemos, fue una conexión única con mi hija, y agradecida, me sentí agradecida con Dios, soy creyente en Dios, porque yo la tengo y está bien, ese es mi sentimiento. No sé, es algo tan mágico cuando uno ve a su bebé por primera vez... *Me separaron de la bebé* para limpiarla, por la cesárea obviamente la niña estaba con sangre, y a mí tampoco me gustaba la sangre, por eso me pusieron una cortinita, pero cortaron el cordón y me la dieron.

Lactó en la primera hora de vida: sí.

La experiencia de la lactancia: Dolor, al principio fue dolor. Porque se me lastimaron mucho los pezones, no podía darle de lactar bien, con satisfacción, disfrutar de la lactancia, porque se me lastimó horrible, la niña no cogía bien el pezón porque tenía la boquita muy pequeña, entonces como que no cogía muy bien el pezón, se me llenaba la leche, fue complicado, fue muy complicado, pero después, cuando pasó todo, las heridas y todas esas cosas, disfruté mucho de la lactancia. Hasta que me pase todo eso de los pezones lastimados y todo eso, pasaron casi dos meses. Yo le preguntaba al médico que yo necesitaba pastillas, inyecciones o algo para lograr darle de lactar, era una desesperación, porque: una, mi niña comía una hora, se tardaba una hora en comer de un pecho, o sea comía muy lento, y yo sufría una hora. Entonces yo decía necesito pastillas, necesito algo. Y el médico decía: "Sabes que yo te puedo mandar un montón de cosas, pero lo que te va a curar es la saliva de tu bebé. Entonces tú tienes que darle de lactar más. Más tiempo. Dale de lactar cada tres horas, dale de lactar. Es lo único que te va a curar". Y otra que él decía que mi piel en la parte de los pezones era muy sensible. Que por eso no se me

había curado tan rápido. Pero, después de eso, disfruté mucho de la lactancia, de la conexión directa con mi hija, y le di de lactar hasta un año siete meses.

Cuando yo di a luz estaba en verano, es el periodo más largo, creo que (*las vacaciones*) duraban dos meses de vacaciones, si no estoy mal, entonces tuve este tiempo como para descansar; cuando ya regresé a la Universidad, la Universidad me permitió, los docentes y la directora de la carrera de ese entonces, les comenté que yo tenía a la niña, que necesitaba darle de lactar a mi hija, entonces yo venía horas/horas a clases, a veces venía una o dos horas, y regresaba pronto a casa para darle de lactar a mi hija. Eso fue hasta más o menos seis meses, hasta que mi hija ya comía, entonces me quedaba todo el día en la Universidad y llegaba apenas podía. *Completé la lactancia con fórmula*, pero no fue debido a la Universidad. Es que la niña es grande, todo su esqueleto es muy grande, entonces ella comía demasiado, comía muchísimo, y yo no abastecía a la necesidad de la niña, entonces el pediatra me dijo que integre con fórmula: “hay que completar con fórmula porque la niña tiene hambre”. Yo la estaba matando de hambre con la leche que yo tenía, entonces más fue por recomendación del pediatra. Porque la niña tenía mucha hambre, no se satisfacía con mi leche. Por eso, no por la universidad.

En las mañanas, mi hija dormía toda la mañana, desde las tres de la madrugada, hasta las 9, 10, máximo 11. En la tarde dormía una hora o dos, y en las noches, siempre hasta el día de hoy ella duerme a las 11 de la noche.

En los primeros meses fue complicado acoplarme al llanto de mi bebé. Como no podía darle de lactar, yo sabía que ella lloraba de hambre. Al principio, fue muy complicado porque no sabía que hacer: era mi dolor, y más el dolor de ella. Llegué a un punto en que, como yo tenía el seno lastimado, llegué a decir: “Ya no te voy a dar más, voy a darte solo fórmula”. Pero yo tenía leche aquí acumulada y el pecho me dolía, dolía horrible. Si tenía leche, dolía, si le daba de lactar,

dolía, de todas formas, dolía, y entonces decidí: le di y dije “de aquí en adelante, no me voy a quedar con la leche nunca más” pero lo decidí porque más me dolía el llanto de ella que mi propio dolor. Entonces... a veces es complicado, porque no sabes cómo callarla y tampoco los niños no vienen con manual y uno no sabe cuando llore, le dan esto. Uno tiene que ser mamá desde el minuto uno.

Las emociones positivas fueron el ver cómo va creciendo, como te va reconociendo como su madre, cómo va reconociendo la voz de su papá, va reconociendo el resto de las personas de la familia, ver cómo, de lo que siempre estaba acostadita, luego ya se sienta, luego ya camina, empieza a comer, ver cómo disfruta de la comida, mi hija disfrutaba mucho, por ejemplo, del plátano, que fue lo primero que le di, ver cómo iba disfrutando de cada sabor, de cada cosa que tocaba, de cada cosa que veía, de las luces, entonces fueron momentos muy bonitos...

Lo negativo es...la Universidad, dejarle a mi hija, viajar para venir a estudiar, separarme de mi hija, eso es un problema muy duro porque...ella me necesitaba, pero, sin embargo, yo también necesito estudiar, por ella misma y para ella misma.

Depresión post parto: Sí, porque obviamente, cuando uno sale del parto, uno tiene la idea que va a quedar igual que como inició, o cómo era antes del embarazo... al principio fue difícil, porque no me reconocía en el espejo, nada me quedaba bien, físicamente me sentía... estaba muy delgada, y a parte que tenía la anemia, que ya venía en el embarazo, entonces... fue muy difícil reconocirme y aceptarme. Y también... aceptar que eres mamá, que tienes una niña que depende de ti ciento por ciento. Entonces, al principio, yo sí tuve depresión que yo no quería... que nadie me diga nada, que nadie me mire ni me toque nada, y entonces empecé incluso a rechazar a mi pareja, a mi esposo... no lo soportaba, y él tuvo que tener mucha paciencia, porque era un proceso que me estaba pasando y que él tenía que aceptar eso, y comprender, y tener

paciencia, pero poco a poco, lo fui superando. Y llegó a un punto en donde tuve que ponerme fuerte y decir: "No, ya... se acabó. Porque hubo un primer mes, ese primer mes creo que sobre todo fue el más difícil. Obviamente, los niños no vienen con manual, entonces uno tiene que ser mamá, aparte de no reconocerse, de que a uno nada le quede, de estar muy delgada y la lactancia encima entonces era como que nada podía hacerlo, nada podía hacerlo bien, uno se siente como inútil. Pero ya luego, poco a poco, con el apoyo de mi esposo, de mi madre, fui saliendo de eso.

Para mantener el ritmo académico ahí ya entra el apoyo de mi suegra, de mi mamá, el apoyo de mi pareja. Él estudiaba igual en la mañana, como yo, pero él decidió cambiarse a la tarde para poder quedarse con la niña mientras yo venía a la universidad, y ya cuando yo llegaba, él se iba a clases. Tuve el apoyo económico de mi madre, igual cuando ya llegaba mi madre de trabajar, hasta que yo estudie, haga deberes, ella se quedaba con la niña. Lo mismo de mi suegra, también me ha apoyado, si algo tengo que hacer en la universidad, ella se queda con la niña. Entonces sí, he tenido el apoyo de parte de su familia y de la mía también.

Las decisiones respecto a la crianza de la niña las tomamos los dos, tanto mi esposo como yo, pero es como que en base de lo que a mí me educaron y en base de lo que a él le educaron. Entonces es un conjunto de los dos y ese es el resultado de la educación que tenemos de nuestra niña. Quizá como guía puede ser la mamá de él o la mía, que en un momento cuando nosotros cometemos un error, porque obviamente somos padres jóvenes y primerizos, entonces es como que "no, esto no se hace así. La niña tiene que... (¿qué se yo?) si dices no, es no. Si dices sí, es sí. Pero ella tiene que saber cuáles son los límites". Entonces ha sido como que, de acuerdo a la familia de él, su madre, su padre y en la mía, a mi madre; y lo que uno ha aprendido igual a través de la vida, viviendo (valga la redundancia) o ha venido experimentando día a día. Esa es la forma en la que nosotros hemos decidido educar a nuestra hija, de acuerdo a nuestra

experiencia, de acuerdo a cómo nos educaron y sí recibimos el apoyo de cada uno de nuestros familiares también, porque también es bueno creo yo que nos corrijan, si algo estamos haciendo mal y nos digan “sabes que, a mí no me parece esto, por esto y por el otro”, entonces uno piensa y dice “a ver no, creo que lo estoy haciendo mal, entonces voy a hacerlo de esta manera”.

Octava Historia de Vida: EEUTCHV8

Mi embarazo no fue planificado. Yo tenía 7 años de noviazgo con mi pareja y me quedé embarazada. Él vino a estudiar acá en la Universidad en Ingeniería Agrónoma, entonces él vino a estudiar y yo me quedé allá, pero yo ya estaba embarazada. Entonces pasé todo mi embarazo, se puede decir, con mi mami, que fue quien me cuidó, me indicaba todas las cosas que se me venían, entonces era un poco complicado porque él estaba lejos, él vivía acá y yo en Quito, entonces... sí era complicado. Pero como él era solamente estudiante, y yo también era estudiante, las colaciones o todo lo que nosotros teníamos en ese momento, todo lo ocupábamos para lo que eran controles, el bebé, la primera ilusión de los dos, el primer bebé. Entonces... fue muy bonito, fue una experiencia muy bonita, pero al mismo tiempo fue con temor, porque era mi primer bebé. Cuando yo descubrí de estar embarazada, fue con temor, porque los dos éramos estudiantes y es una responsabilidad muy grande. El temor más grande que yo tenía era cómo avisarle a mi papi, porque de una u otra manera yo vivía con mi mami, entonces con ella había como un poco más de confianza. Y en ese tiempo mi papi era muy estricto, se puede decir que había un poco de maltrato hacia mi madre, lo cual generó una separación. A pesar de que él toda nuestra niñez, juventud, colegio y todo él estuvo pendiente de nosotros, hubo este temor. Y la sorpresa mía fue que cuando yo le dije a mi papi, él fue el primero en abrazarme, me dijo: “No pasa nada”, que él me iba a apoyar, que esté tranquila, que no tenga miedo, que él iba a estar siempre ahí. Así que estuve ya más tranquila, y las personas que más me apoyaron fueron mi papá, mi mamá y mi hermano. No me acompañaron ni amigos, ni amigas, porque yo había

permanecido siempre en mi casa, entonces solo me acompañaron mi pareja, mi padre, mi madre y mi hermano, nada más. Tampoco me acompañaron personas de la Universidad porque en ese entonces, yo no estudiaba aquí.

En esa etapa, en mi primer bebé, yo asistía seguido a los controles; no tuve ningún problema en cuanto al embarazo, pero sí asistía a charlas de prevención, de estimulación también, allí asistía yo en esos programas que nos daba el Ministerio de Salud, en ese entonces.

Yo me hice a la idea que yo tenía primero que ser madre, antes que la idea de ser estudiante, es decir, dejé a un lado todas esas cosas, porque mi prioridad era mi hijo. *Esto limitó un poco mi vida social...* no era yo tampoco de tener amigas o de salir a algún lado, pero sí, me gustaba lo que es el fútbol, hacer deporte me gustaba, pero... tuve que dejar de lado ese tipo de cosas.

No recuerdo haber tenido ninguna emoción tan... a no ser que tuve temor, miedo al sentir que ya llega la hora, cómo voy a hacer, que si yo voy a seguir estudiando, quién va a cuidar a mi bebé, ese miedo sentía.

Estimulación temprana: como esos ejercicios que nos hacen a las madres, asistir al agua... sí, sí.

Entre los recuerdos bonitos de mi embarazo, se puede decir... cuando asistíamos, al regresar, a los ecos, se escuchaba su corazoncito, me decía que estaba bien... El miedo que yo tuve fue que yo fui a un control cuando me faltaban una dos o tres semanas, me fui a un control y me dijeron que el bebé estaba sentado, pero ya estaba dilatándose, entonces me tuvieron que hacer una cesárea. Ese fue el miedo que yo sentí porque no estaba mi mami a mi lado, yo solo me fui al control y no teníamos en ese tiempo el dinero, no contábamos con el dinero para pagar de la

cesárea, para pagar de los pañales, entonces, sí era una preocupación bien grande que sentía en ese momento, de cómo voy a hacer.

Después yo vine a vivir acá en Latacunga y me quedé embarazada nuevamente. Ahora tengo tres hijos y en el segundo embarazo yo decidí estudiar, vine a estudiar, estoy estudiando parvularia y me gustó mucho. En la Universidad, todos los Licenciados nos ayudaban, nos comprendían, entonces... en ese aspecto no tenía yo problema. Pero sí, como yo ya vivía acá en Latacunga con mi esposo, era más complicado porque vivíamos solamente los dos, entonces era la preocupación de mi hijo mayor, de él que venía en camino, nos tocaba salir a trabajar, yo cargaba mochila, no me importaba, yo quería trabajar por mis hijos; teníamos nosotros un negocio en el que no teníamos carro y cuando teníamos que llevar producto a alguna parte, cargábamos mochilas, él cargaba su mochila y yo también la mía, igual con mi hijo en brazos, entonces sí nos tocaba duro. En la Universidad no tuve muchos problemas, los licenciados sí nos entendían, los compañeros también, con los compañeros no tuve ningún tipo de inconveniente, nada.

Sobre las metas académicas: No tanto el embarazo, pero sí el estar con mi esposo, creo que el estar con una persona sí detiene un poco, porque... uno quiere salir adelante, pero, tal vez por motivo económico no lo puede hacer... el apoyo puede estar, el apoyo está presente y todo, pero... lo único que se puede decir me detiene es el factor económico. De ahí, mis hijos nunca han sido ningún limitante, porque por ellos yo quiero ser una profesional.

Con referencia al parto, y al parto de mi hijo mayor, fue un poco complicado porque tuve yo que asistir al patronato, o también al Centro de Salud. Entonces, sí era más complicado porque... el tiempo de espera, no respetaban turnos, entonces sí era como un poco molesto.

Pero, al pasar del tiempo fui a un seguro, entonces ahí fue muy distinto el trato. Los tres nacieron por cesárea. En mi segundo hijo fue muy distinto el trato, me atendieron rápido.... Todo. Mi esposo pudo pasar... mientras que cuando tuve a mi primer hijo estuve todo el tiempo sola (porque no les dejaban pasar). El personal (*médico*)... El trato no fue muy bueno. Te tratan como que... todo al apuro, con grosería, no respetan los tiempos, si te duele algo que “ya, que para que tuvo hijos”... en cambio en el seguro todo es.... Obviamente se cancela el mensual, pero... sí es muy distinto el trato que se recibe en el Centro de Salud al que se recibe en la clínica. En mi primer parto solo ellos actuaban; me decían: “este es así, es asado... y nada más. Yo, no, por el miedo que se siente, o “¿qué va a pasar?”, “¿qué me pondrán”?, “¿cómo va a ser?” entonces fue el miedo el limitante para hacer lo que ellos decían. En los otros ya me explicaban cómo va a ser la cesárea, como va a nacer el bebé, cuanto pesaba, si lloraba, si respiraba, eso sí me explicaron. Me lo dieron en seguida, en cambio en el primero no me lo dieron, se demoraron, de lo que me sacaron al bebé, primero lo limpian, dijeron: “este es su bebé” y listo. Se lo llevaron, lo limpiaron y, después que ya me metieron a otra cama, ahí ya me lo trajeron. Si habrá pasado una hora más o menos. En los demás dos partos me lo pusieron en mi pecho, pude ver como lo limpiaron, yo lo veía en la cunita que tienen ahí, porque tienen incubadora, entonces yo pude ver como lo limpiaron, con la toallita, como le succionaban, todo... pero tampoco *lactó en la primera hora de vida*.

La lactancia: en el primero fue feo porque no succionaba, y solo lloraba, lloraba y lloraba. Entonces yo pensaba que era yo que no tenía la leche o ... qué pasó, pero me lo pasaron envuelto, como “palanquetita” me lo pasaron, me lo dejaron cambiándolo solo entonces yo, como era mi primer bebé, lo cambié todo, pero yo no le volví a hacer la “palanqueta”, así no le cubrí nada. Sino que él lloraba, lloraba y lloraba. Todas las personas que estaban, porque son camillas las de las madres, decían que: “Usted no tiene leche, por eso que llora”, entonces yo lloraba

asustada porque no le podía hacer callar con nada. Después, mi mami me dijo que tenía que haberle envuelto como me lo entregaron, y que tal vez por eso el niño lloraba. Yo estaba bien nerviosa, aparte que solo pasaba con personas desconocidas, porque no los dejaban pasar en seguida a mis familiares, sino solamente el otro día. Entonces si se puede decir que pasé una noche muy fea porque los doctores o las enfermeras no me decían porque llora, o... algo. No me decían nada. Entonces ya me tocó toda la noche tenerlo en brazos y con mis brazos cubrirlo, aparte de que estaba con el dolor de la cesárea... Ninguna enfermera se me acercó o me dijo porque llora, o no tiene leche... no me dijeron nada. Después él empezó a lactar normalmente y tomó, me parece, hasta el año ocho meses o los dos años. Nunca le tuve que implementar fórmula, porque siempre pasó conmigo, yo no estudié en ese año. Anteriormente, yo estudiaba en la Central de Quito, pero me retiré y pasé todo ese tiempo con mi hijo. En el segundo, cuando yo ya vivía acá, a él lo dejé de seis meses para yo volver a estudiar. Lo dejé en una guardería y lo cogieron allí desde los seis meses. Entonces, para que mi esposo lo vaya a dejar, tenía yo que sacarme uno o dos biberones de leche, y le mandaba los biberones para que le dieran allá en la escuela e yo venía a estudiar.

Ritmos de sueño: sí eran ellos bien irregulares, no tenían así tiempos para dormir, así a tal hora se duermen o... no, no les puse tiempos para dormir, ellos se dormían así... cuando ellos querían, porque yo no les puse un horario.

El llanto: eso era preocupante, si era preocupante, o a veces me entristecía cuando lloraba, cuando lloraba mucho: En el segundo me decían que ya tenía que dejarlo que llore, déjalo que llore, porque a veces el niño tiene sus berrinches o así, pero sí me daba tristeza: yo no dejaba que lloren mucho tiempo: los asistía en seguida.

Emociones positivas eran muy bonitas porque eran... cada cosita que ellos hacían, cada sonrisita, eso me animaba a mí para seguir adelante, para tomar decisiones en cuanto a mi vida, para el futuro mío y de ellos mismos. Las negativas... es que... el factor económico. Eso sí, el factor económico.

Depresión posparto: no.

Fue feo (*separarme de mi hijo para volver a estudiar*) Porque... como que eran pequeñitos, mi preocupación era de cómo estará, si lo tratan bien, si comerá, no comerá, de qué estará haciendo... entonces sí fue duro, bien duro.

Influyó en el desempeño académico: no.

Mi esposo me apoya para acabar de estudiar, pero sí tenemos inconvenientes, porque me toca viajar todos los días, entonces él tiene que encargarse de los tres, de dejar primero a mi hijo en la escuela, después a mi niña en el inicial, y más tarde a mi hijo que está en el colegio, entonces sí se dificulta un poco porque no hay tiempo para trabajar en el negocio que tenemos, y él todo el tiempo tiene que estar con mis hijos, ir a las reuniones, ese es el inconveniente que tenemos.

Somos únicamente los dos los que estamos con mis hijos. Se me hace un poco difícil a mí, porque estamos acá, entonces solo los veo en las noches. Pero, aun así, ellos han sido responsables en lo que es su educación, lo que es ahora la escuela. Pero de ahí... se puede decir que las personas que están a nuestro lado son los padres de él y mis padres, que de repente nos echan también una manito con los hijos. Entonces... prácticamente, los dos somos los que estamos en la educación de los hijos, pero... mi esposo ahora más por lo que yo estoy estudiando.

Novena Historia de Vida: EEUTCHV9.

No la verdad no, no tuve un embarazo planificado. O sea no planificamos. Simplemente... me di cuenta que estaba embarazada. En ese momento fue entre felicidad y tristeza. Felicidad porque iba a tener un bebé, muy bonito y todo, pero tristeza porque sabía que estaba estudiando y entonces me ponía a pensar en mi estudio y en el bebé y en cómo iba a hacer. O sea, fue un momento muy emotivo y a la vez muy triste, ambas cosas.

Me acompañaron el papá de mi hijo y mi papá, nadie más. Mis amigos cuando estaba estudiando, mis amigas, mis vecinas, mi tía... las personas que estaban más cerca para mí en ese entonces, más cercanas. En ese entonces, dos docentes me felicitaron cuando se enteraron estaba embarazada, y también estaban pendientes de mí, me decían que me alimente bien y esas cosas...

En cuanto a mi cuerpo especialmente mi aseo personal porque el doctor me decía que cuando uno no tiene un adecuado aseo, le puede causar problemas en el embarazo, y en cuanto a la salud, alimentándome bien, porque durante todo el embarazo tenía que alimentarme correctamente, para que el bebé se desarrolle bien.

Mis emociones en sí no cambiaron: no me sentía triste, ni deprimida ni nada. Siempre en mi embarazo me sentía bien, estaba alegre, estaba bien emocionalmente. Mi entorno social igual: mis compañeros de la Universidad, mi esposo, la familia de él, entonces... todo, todo marchaba bien. En mi embarazo, todo fue bien, perfecto.

Estimulación temprana: yo hacía lo que me decía la doctora, los masajes en el vientre, que me tenía que hacer, hacerle escuchar música, conversar... eso para que el niño, cuando ya nazca, se vaya familiarizando con el entorno. *La relación con el bebé empezó cuando él estaba en el*

vientre, porque cuando yo le hablaba, él reaccionaba, él se movía. Cuando le hablaba el papá, él también reaccionaba y se movía. Identificaba la voz, porque cuando le hablaba otra persona no se movía, no reaccionaba, solo cuando le hablaban el papá o la mamá.

Los recuerdos que tengo de mi embarazo eran todos bonitos, porque a medida de que me iba creciendo el vientre, yo le iba sintiendo más y más a mi hijo, entonces... la etapa más, más bonita que yo recuerdo es cuando ya se empezaba a mover, desde los siete/seis meses ya se empezaba a mover, a patear, le hablaba y él ya reaccionaba... creo que ese fue el momento más bonito.

Los recuerdos negativos que tengo fueron de los primeros meses, cuando uno va sintiendo los síntomas y el malestar general de todo el cuerpo. El vómito, las náuseas, los ascos, creo que esto es el momento que al principio se pasa y que es un poquito incómodo uno.

Estudiar la Universidad: para mí fue un reto, un reto grande, porque al principio... con el malestar, las náuseas, las clases... se iba complicando. Porque a veces estaba en clases y tenía una náusea, un mareo y tenía que salir del aula, a media clase, entonces se hacía para mí incómodo, y de ahí en adelante, estudiar a medida que el vientre me iba creciendo me era incómodo porque tenía que viajar, tenía que estudiar, tenía que hacer los deberes, me provocaba mucho sueño, y entonces todo eso fue un factor que a uno como estudiante, le distrae de las obligaciones que tenía.

Tuve muy buena relación con mis amigos, con mis compañeras también, pues... lo veían como algo normal, que alguien iba a tener un bebé. No sufrí ningún tipo de discriminación, nada, al contrario recibí mucho apoyo y pues, sí tuve una buena relación.

Con algunos profesores igual tuve una muy buena relación, con otros profesores, tampoco dieron su opinión, pero sí habían docentes a los que les molestaba que una esté embarazada, porque decían que no es un ejemplo muy bueno para los demás estudiantes.

Yo creo sí (el embarazo influyó en el desempeño académico) porque cuando uno es mamá, creo que la prioridad principal es el hijo, entonces yo sí tuve que retirarme un par de semestres para poderle criar a mi hijo, porque sí es difícil con un bebé recién nacido poder viajar, poder estudiar, poder estar en clase. Así que tuve que retirarme un buen periodo para poderle criar a mi hijo y para volver a continuar mis estudios.

Para el nacimiento de mi hijo, lo principal que me dijeron es que tengo que tener unos días antes de la fecha en que tengo que tener al bebé, las cosas preparadas, obviamente para el bebé. Pero psicológicamente, no me preparé para el parto, así como mi cuerpo también, creo que tampoco estaba preparado para el parto.

Sucedió en el Hospital. Estuvieron conmigo la doctora, el doctor, dos enfermeros y otra doctora. *No me acompañó ningún familiar,* en cuanto le habrían permitido al papá de mi hijo de entrar pero no quiso porque estaba asustado. Como yo ese día era la única persona que iba a dar a luz, tuve toda la atención de los profesionales, me atendieron muy bien. No (me pareció que el ambiente fuera íntimo) porque en los hospitales, por lo general, hay cuatro o cinco camillas en donde están las personas y para los controles que se hacen para ver si el bebé ya está queriendo nacer... no hay intimidad. Pero, al momento de dar a luz, si hay intimidad, porque hay un cuarto específicamente con los profesionales y la persona que va a dar a luz.

El mío fue un parto normal, sí, creo que... el respeto por mí misma porque lo logré, por mi cuerpo que estuvo apto para traer una vida al mundo. Pero no específicamente porque, antes de dar a luz, el doctor viene a cada momento a hacerle el tacto y esa es una situación muy incómoda,

además cuando es un hombre que a usted le realiza el tacto. Igual, al momento de dar a luz, es algo incómodo que le estén viendo los enfermeros, buenos los enfermeros en cuanto a hombres. La doctora y las enfermeras, como que es un poquito ya normal, porque son mujeres. Si me iban informando, *pero* ellos actuaron.

La primera vez que tuvo al bebé en brazos: me sentí muy feliz, era algo que, todavía, en ese momento, no creía que era mamá, no creía que ya le tenía a mi hijo, no creía que estaba sanito, que estaba conmigo, era un momento de felicidad enorme. Entre que di a luz, que lo prepararon y lo vistieron, antes de ingresar al cuarto dormitorio, sí se separó en el lapso de una hora. Y de ahí me lo entregaron y de ahí se quedó conmigo hasta el momento que me dieron el alta. Pero, antes de separarle el bebé lactó, porque en seguida que yo lo di a luz, en seguida me lo colocaron en el pecho y me dijo la doctora que tengo que darle la primera leche.

La lactancia: para mí fue muy bonita, porque tenía suficiente alimento para mi bebé, mi bebé comía muy bien, se desarrollaba muy bien, entonces la fase de la lactancia para mí fue muy bonita porque no tuve ninguna incomodidad. Solo leche materna hasta los seis meses y lactó hasta el año cuatro meses.

Yo siempre identificaba el llanto de mi bebé con alguna necesidad que él tenía: hambre, sueño, o le molestaba algo, o quería un cambio de pañal, o sea, el llanto me identificaba la necesidad que tenía mi hijo.

Enseguida tomó el ritmo (*de sueño*). Era un niño que descansaba mucho, dormía mucho, en el día por lo general, hasta los primeros seis meses pasaba siempre entre la comida y el sueño, la comida y el sueño. Y en la noche igual: la comida y el sueño. El no tuvo ningún tiempo en que pasaba despierto, ni llorando mucho. Tenía un sueño muy maravilloso para los meses que él tenía. Si, el bebé dormía conmigo.

Las primeras emociones: las sonrisas, el balbuceo, cuando aprendió a comer por primera vez, las primeras palabras, los primeros sonidos... el gateo y los primeros pasos de él.

No, no sufrí eso (*depresión posparto*) porque siempre estuve muy contenta, dispuesta a criarle a mi hijo, no, no sufrí de eso.

Como descansé un periodo bastante larguito para poder volver a la universidad, mi hijo ya tenía más o menos un año y medio. Pero sí se me hizo difícil porque él era todavía pequeño. Entonces, tenía que llevarle conmigo a clases, tuve que buscar quien lo cuide, entonces era una preocupación estar en clases y pensar en él, en que si estará bien, si estará comiendo, y cuando lo traía a clases, también era una preocupación, porque a veces se molestaba, a veces interrumpía las clases, durante ese tiempo, sí era constante preocupación, era como que yo estuviera en dos lugares... tendría que estar en dos lugares al mismo tiempo.

Recibí en ese tiempo apoyo de mi esposo para que regresara a estudiar. Mi papá, mi familia igual me apoyaron para regresar a estudiar, recibí tanto el apoyo económico como el apoyo emocional, que uno necesita, entonces sí, recibí el apoyo necesario.

En ese entonces me cambié de universidad: me cambié de la Técnica de Ambato a la Técnica de Cotopaxi y sí, aquí sí recibí el apoyo necesario para poder regresar y continuar con mis estudios. En el sentido que yo pregunté y me dieron la información necesaria, y también aceptaron que yo podía venir a clase con mi hijo, que no había ningún inconveniente, que lo podía traer, pero lo importante era que no falte, pero podía venir con él.

Los estilos de educación es acorde a la edad que él va teniendo, se le va asignando obligaciones, se le va asignando responsabilidades, y, pues, con él es un poquito trabajoso, la verdad, porque lo crío sola y entonces me toca estar pendiente absolutamente de todo: de su comportamiento,

de su rendimiento académico, si come bien... para mí, sí es un poquito dificultoso por la edad que mi hijo tiene, educarle, porque los niños en sí empiezan a adoptar actitudes que no son correctas y toca corregirle y hacerle entender el por qué no está bien y las causas que va a provocar su comportamiento. Yo siempre he tomado el modelo de educación de mi mamá, mi mamá siempre nos ha educado bien, correctamente, porque yo he visto cosas en mi mamá en las que yo quisiera ser como mi mamá y que mi hijo aprenda de esas cosas. Para mí el modelo de educación es mi mamá.

Décima Historia de Vida: EEUTCHV10.

Recuerdo que cuando me quedé embarazada tenía la edad de 23 años, estaba estudiando en la Universidad Técnica de Cotopaxi, y cuando me enteré de que estaba embarazada, al principio fue un momento lleno de emociones, alegría pero al mismo tiempo sentía mucho miedo, porque no sabía cómo iba a decirles a mis papás.

La verdad no fue un embarazo planificado. Pero cuando nació mi bebé fue el mejor regalo que pude haber tenido en mi vida.

Las personas más importantes que estuvieron ahí eran mi padre, mi madre, mi hermano, mi abuelita y mi pareja. Que creo que son el apoyo fundamental para que mi embarazo se haya podido realizar de la mejor manera y con los cuales estoy muy agradecida porque siempre han sido el apoyo y son las personas que han estado conmigo en las buenas y en las malas. Cómo les mencioné, mis padres, mi hermano, mi abuelita, mi esposo, amigos de la universidad que nunca me dejaron sola. Tal vez no me ayudaron económicamente, pero si emocionalmente, para que yo pueda salir adelante y no rendirme. Y uno que otro docente mujer que me apoyó bastante, con su carisma, con sus consejos y diciéndome que todo iba a salir bien, que todo se puede, cuando se tiene un hijo todo se puede, porque no es para el bien de uno sino para el del bebé.

Algunas docentes, pero docentes mujeres. Como ustedes saben, las mujeres tienen un instinto familiar y como ellas ya pasaron por lo que es el estar embarazadas, obviamente me comprendían y trataban de darme todo su apoyo para poder salir adelante.

Yo cuidé mi cuerpo y mi salud comiendo saludablemente y yo quería que mi bebé realmente esté sano, hacía ejercicio y sobre todo iba cada mes a los controles médicos en el centro de salud, en ese sentido siempre trataba de hacer lo mejor, de cumplir con mis vitaminas, de hacer ejercicio, con tal de que mi bebé estuviera sano.

Cuidé mis emociones saliendo con mi pareja a caminar, tratando de estar tranquila, sabiendo que llevaba una gran responsabilidad que es un hijo, al cual tenía que cuidar y para que siempre esté tranquilo, tratar en lo posible, de estar tranquila y feliz con las personas que me rodean.

Estimulación temprana sí, de vez en cuando, me parece que a partir del sexto mes empecé a hacer un poco de ejercicio, iba al centro de salud, donde la doctora, con una pelotita, me ayudaba a hacer ejercicios para que mi cadera se vaya abriendo poco a poco, para ayudar a los dolores del parto.

Mis recuerdos positivos es que cuando supe que estaba embarazada estaba muy feliz, porque sabía que había una personita que estaba creciendo dentro de mí, la cual me iba a hacer muy feliz en el momento que naciera. Entonces lo que más me gustaba era sentir sus pataditas, cuando empecé a escuchar su corazoncito, cuando me iba al centro de salud a los chequeos. Para mí fue una emoción muy grande saber que yo podía darle vida a otro ser. Permitir su existencia.

Recuerdos negativos, las náuseas que tenía y a veces que me cogían los antojos a las diez y once de la noche y no podía conseguir el tipo de comida que en ese momento deseaba. Otros

recuerdos negativos eran que cuando estaba embarazada, en el momento de dormir, me cogían unos calambres dolorosos, que sentía que mi vena explotaba, entonces eso no lo deseo a nadie porque esos dolores eran tremendos.

El embarazo, con la universidad fue duro, que usted sabe que una mujer cuando está embarazada no puede dar lo mismo que una mujer con un bebé, cuando se está embarazada se cansa, a mi me cansaba, me daba sueño, con facilidad me fatigaba, creo que cuando uno se está embarazada es complicado estar en la universidad, pero no imposible. Siempre con ayuda y motivación se puede llevar de la mano el embarazo con la universidad.

Puede ser que cuando estuve en la universidad fue un poquito duro porque, por las docentes mujeres no, porque ellas me ayudaron tanto moralmente como por ejemplo, cuando necesitaba una información extra, información sobre diferentes materias, me ayudaban.

Pero si hubo un poco de negatividad en los docentes varones, porque ellos no entendían el embarazo y me decían que debía haber terminado primero la universidad para poder haber tenido a mi bebé, creo que si fue un poco duro.

Con mis compañeros fue bonito porque tuve el apoyo de ellos porque siempre moralmente, siempre me estuvieron apoyando. Como era la única que estaba embarazada de mi aula, siempre decían que todos eran tíos del bebé. Entonces siempre hubo apoyo, tanto en el embarazo, como cuando di a luz. Puedo decir que con los compañeros estudiantes no tuve ningún problema, sino que fue un gran apoyo.

Con el profesorado: fue un poquito duro, porque bueno con los docentes varones, ellos no entendían que yo estaba embarazada, pensaban que “¿para que se embaraza?”, un profesor me dijo “¿para que se embarazó si aún no termina la universidad?”. Primero debía haber

terminado, para después haber hecho hijos. O sea eso fue un poquito feo, creo que un poco mal. Mientras que las docentes mujeres, hubo un apoyo para mi persona.

Se puede decir que, a pesar que estuve embarazada, a pesar de los cambios de humor, el sobrepeso, todo eso que... con la motivación de algunas docentes mujeres y compañeras, no me dejé, avancé con mis estudios, di lo mejor de mí para salir adelante, no por mí, sino por mi bebé, ya que no debía pensar solo en mí, sino en el porvenir de esa personita que estaba creciendo dentro de mi.

¿Cómo recuerdo mi parto? Mi parto fue doloroso, se puede decir que los dolores me cogieron aproximadamente a las tres de la mañana, mientras estaba dormida, pero a las tres de la mañana fue el dolor más intenso. Entonces en ese momento, le hice despertar a mi pareja, le dije: “ya no aguanto del dolor, por favor ayúdame, llévame al hospital”. Entonces él, inmediatamente cogió la pañalera, le llamó a mi papi y a mi mami, prendimos el carro y nos fuimos al hospital. Recuerdo que salió una doctora, me hizo el tacto, me dijo: “No, usted está, tiene hasta el número dos, más seguro que dé a luz el día siguiente”. Recuerdo que mi papi dijo: “Bueno, entonces vamos a la casa”. Prendimos el carro, como vivíamos cerca del hospital, llegamos a la casa más o menos en unos diez minutos, cuando todo el mundo bajó ya para dormir y yo me quedé sentada en el carro, en unos dos minutos, se me reventó el agua de fuente, ese rato recuerdo que comencé a pitar duro, duro, bajó mi papá, me dijo que pasó, dije “se me reventó el agua de fuente”. Ese rato me llevaron al hospital y la doctora que me había atendido, ya había hecho un cambio de turno, salió otra doctora que me hizo el chequeo y ya había estado con nueve de dilatación, entonces ese rato me subieron a los cuartos para poder dar a luz.

Tuve un hijo, me preparé emocionalmente, traté de hacer ejercicio, traté de hacer lo mejor que podría para mi bebé. También podría ser que le tenía listo su cuartito, su camita para que él

podiera estar tranquilo. Las personas que estuvieron conmigo en ese momento, cómo les mencioné, eran mis padres y mi pareja. Fueron las personas que siempre, en todo momento estuvieron junto a mí.

Yo di a luz en el Hospital General, no me puedo quejar, el trato fue, me trataron bien, con respeto. La doctora que me ayudó para dar a luz, recuerdo que le dije “Por favor, no me vaya a dejar sola”. La doctora comprendió y hasta el último momento me vió y me ayudó para el parto. En todo momento estuvo pendiente para que mi parto fuera normal. El personal de salud me informó desde el primer momento, desde que entré al hospital, me dijo que tuviera paciencia, me llenaron unos formularios, me pidieron toda la información, los papeles de mi bebé, para poder subir al cuarto, para poder dar a luz. Me dijeron que podía entrar un familiar. Ya cuando me iban a venir los dolores. Me dieron toda la información.

Una vez que me llenaron todos los papeles, me llevaron a una sala, a la sala de partos. La doctora que me atendió fue mujer. Las doctoras eran mujeres, entonces. Si me sentí un poco más relajada, con un poco más de confianza, se puede decir...

Los doctores, con el debido respeto, me cubrieron y simplemente la parte donde el bebé iba a salir, o sea la parte vaginal, trataron de tener todo el cuidado respectivo para que pudiera nacer mi bebé, trataron de tener todas las consideraciones ya que los dolores eran muy fuertes.

La doctora recuerdo claramente que: faltando unos cinco minutos para dar a luz, me dijo que el bebé estaba saliendo, que tenía la posibilidad de llamar a un familiar para que venga a ver el nacimiento del bebé.

Fue una etapa muy bonita y difícil a la vez. Bonita porque había una personita que estaba creciendo dentro de mí, y que estaba conmigo. Difícil porque no podía compartir los momentos

con mi bebé ya que tenía que cuidarle a él o asistir a la universidad. No podía asistir a la universidad jalado a un bebé. Difícil.

Desde el primer momento que di a luz, recuerdo que le llevaron al bebé, le limpiaron, me lo entregaron al bebé y ese mismo momento, como me dijeron que estaba sanito, me pusieron en la camilla para que pueda lactar, entonces desde que me entregaron al bebé, ya no me separaron en ningún momento.

Recuerdo claramente que el bebé dormía y por más que quería darle leche, que le ponía el seno, no cogía, era porque los pezones todavía no estaban (como decían los doctores) hecho una puntita, los míos todavía no estaban, entonces para el bebé era muy complicado poder lactar.

Mi bebé lactó, una bonita experiencia se puede decir. Bonita porque era la primera vez que daba de lactar a un bebé. También dolorosa porque al bebé, por más que trataba de succionar, no salía la leche, entonces me vino a lastimar los pezones.

Cuando escuché el llanto de mi bebé, recuerdo claramente que me puse muy feliz. No sabría cómo explicar ese sentimiento, es un sentimiento muy especial, que sabes que esa personita nació de ti, que son sus llantos, tal vez ese llanto está demostrando... no sé... un "¡Te quiero mamá!".

Emociones: Alegría, porque siempre que yo llegaba de cualquier lugar, siempre me recibía con una hermosa sonrisa y cuando miraba sus ojos, me llenaban de mucha felicidad. Puedo decir que mirarle a él, es... se me olvida todo, todas las preocupaciones, es lo mejor que pueda tener.

Depresión posparto: Puede ser cambios de humor que tuve en el parto, un momento estaba feliz y en otro momento por cualquier cosa me ponía a llorar y estaba triste.

Regresar a la universidad fue un poco doloroso porque tenía que irle dejando a mi bebito tan pequeñito al cuidado de otras personas y pobrecito, no podía darle la leche materna, tenía que comprarle la leche en tarro o en polvo, para que mi bebé pueda comer y alimentarse. Creo que si me sentí mal, una mala madre, porque le iba dejando a mi bebito tan pequeñito para poner continuar en la universidad. Así mismo, volver de la universidad, cogerle al bebé, a veces lloraba, a veces no me dejaba hacer las cosas, un momento estaba bien, otro momento lloraba. Fue un poquito difícil.

Una vez que regresé a la universidad, simplemente me tocó comprar leche en polvo, para que se pueda alimentar, pobrecito. No pude darle mucho el seno, le daba pero muy poco, porque al momento que seguía yendo a la universidad, la leche se me comenzó a secar, entonces no tenía mucha leche para poder darle de lactar al bebé.

Apéndice O: Instrumento para la validación por expertos.

UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

**Doctorado en Innovación en Formación del Profesorado. Asesoramiento Análisis de la
Práctica Educativa y TIC en Educación.**

ENCUESTA DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS CON MÉTODO DELPHI

1. Datos de la Propuesta de Investigación:

Autor: Agnese Bosisio

Título: Programa formativo de educación prenatal, para el parto y posnatal, en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador.

Objetivo: Diseñar un programa formativo para la educación prenatal, para el parto y posnatal en la Universidad Técnica de Cotopaxi.

2. Identificación del evaluador

Nombres y Apellidos del evaluador:

Número de documento de identidad:

Título Académico:

Años de Experiencia profesional:

Correo electrónico:

3. Evaluación

Marque con una X la opción que considere.

| Criterio | Alto | Medio | Bajo |
|--|------|-------|------|
| 1.El título del documento es adecuado. | | | |
| 2.El texto presenta una introducción clara y precisa sobre los objetivos y problemas que se abordan en el documento. | | | |
| 3.Los objetivos responden de manera adecuada al problema planteado y guardan relación con el resto del documento. | | | |
| 4.Se han expuesto de manera adecuada los enfoques pedagógicos que orientan la estructuración del documento. | | | |
| 5.El documento está debidamente estructurado y argumentado en relación con las prácticas de la disciplina a la que pertenece. | | | |
| 6.La escritura presenta las calidades esperadas para el nivel de formación (apropiada redacción, léxico, ortografía, claridad conceptual, etc.). Las referencias bibliográficas cumplen con las normas requeridas (APA 7ma edición). | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 7. Las conclusiones del documento tienen coherencia con los objetivos y la estructura del documento. | | | |
| 8. La extensión del texto es adecuada en función de la complejidad del tema, los objetivos y el público lector. | | | |
| 9. El material analizado constituye un aporte válido, vigente y relevante. La originalidad de los aportes y reflexiones del autor le confieren un valor agregado al material. | | | |
| 10. El programa formativo es aplicable al contexto para el cual ha sido diseñado. | | | |

Observaciones (en este espacio podrá detallar observaciones que tenga respecto al documento presentado):

Apéndice P: Carta de solicitud de validación de expertos.

Latacunga, Octubre 20, 2020

Estimado/a

Mi nombre es Agnese Bosisio y soy docente de la Universidad Técnica de Cotopaxi en Ecuador (U.T.C.).

Estoy llevando a cabo mi investigación doctoral en la Universidad de Extremadura (España) en el área de Innovación en Formación del Profesorado. Asesoramiento Análisis de la Práctica Educativa y TIC en Educación.

La investigación que estoy desarrollando se titula “Programa de educación prenatal, para el parto y posnatal, en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador”.

Esta investigación se desarrolló puesto que en la U.T.C. un elevado porcentaje de estudiantes se convierten en madres durante su proceso de formación académica, es así que la maternidad y la vida universitaria se entrelazan profundamente, condicionándose la una con la otra.

El objetivo principal de mi investigación es generar en la U.T.C. un espacio de acompañamiento educativo para las alumnas que se convierten en madres durante la formación académica profesional.

Mi investigación se estructuró en 4 fases: revisión teórica, diagnóstico, diseño del programa formativo y validación por expertos.

Actualmente me encuentro en la cuarta fase y me dirijo a usted para pedirle de manera comedida pueda participar como experto validador del “Programa de educación prenatal, para el parto y posnatal, en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador”.

Para ello adjunto el programa formativo (archivo word) y una encuesta (archivo word). La ayuda que le pido consiste en leer el documento del programa formativo y llenar la encuesta con sus datos personales y criterios.

Adjunto también un cuadro resumen de los principales resultados obtenidos en el diagnóstico, que puede leer si considera de su interés conocerlos, pero no son parte del proceso de validación.

Espero poder contar con su valiosa ayuda que enriquecerá enormemente mi trabajo.

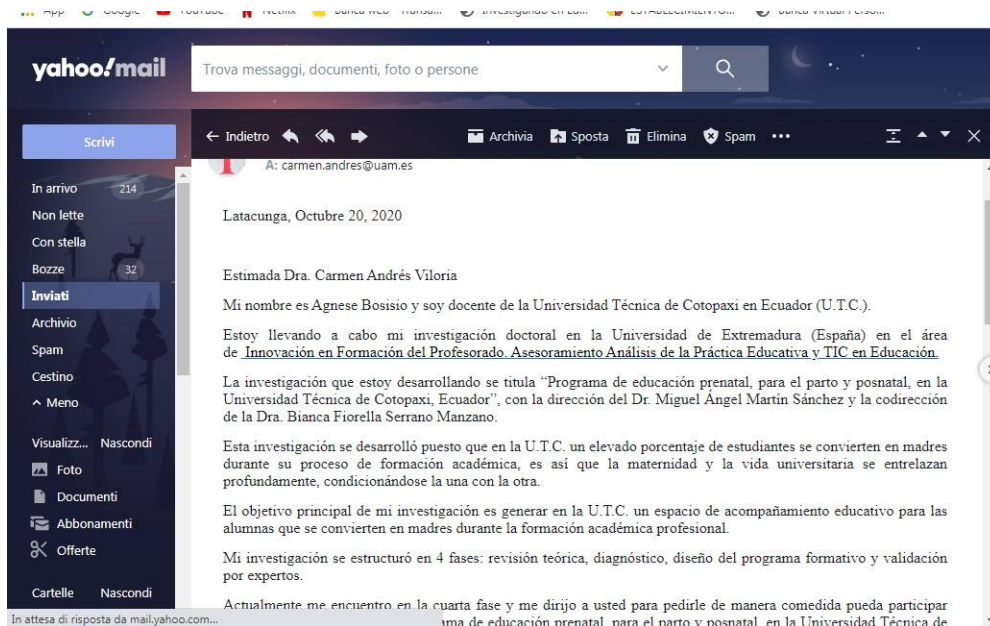
Agradezco su atención, cordialmente

Agnese Bosisio

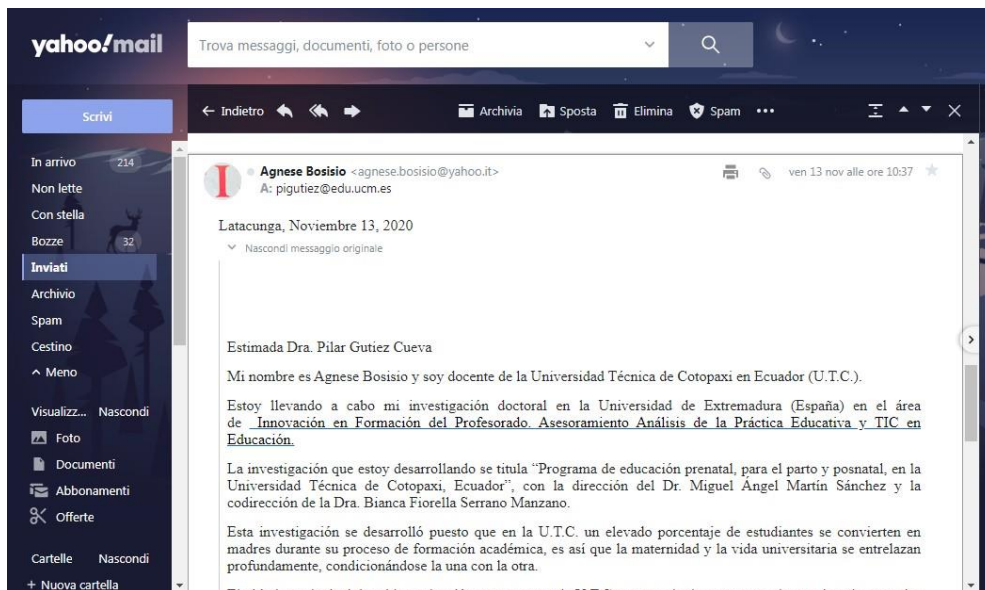
Investigadora

Apéndice Q: Correos enviados a expertos.

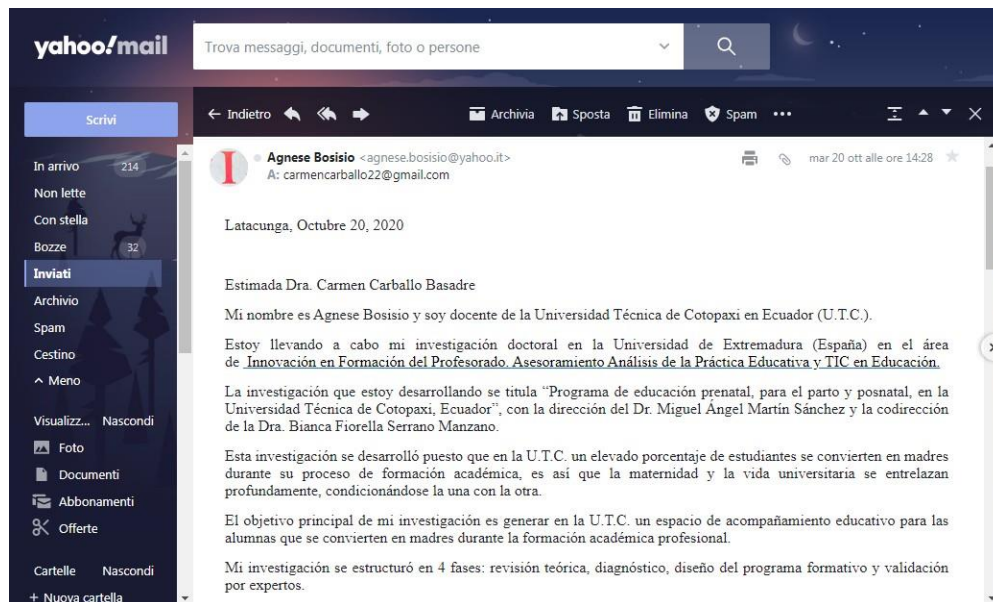
Experto 1:



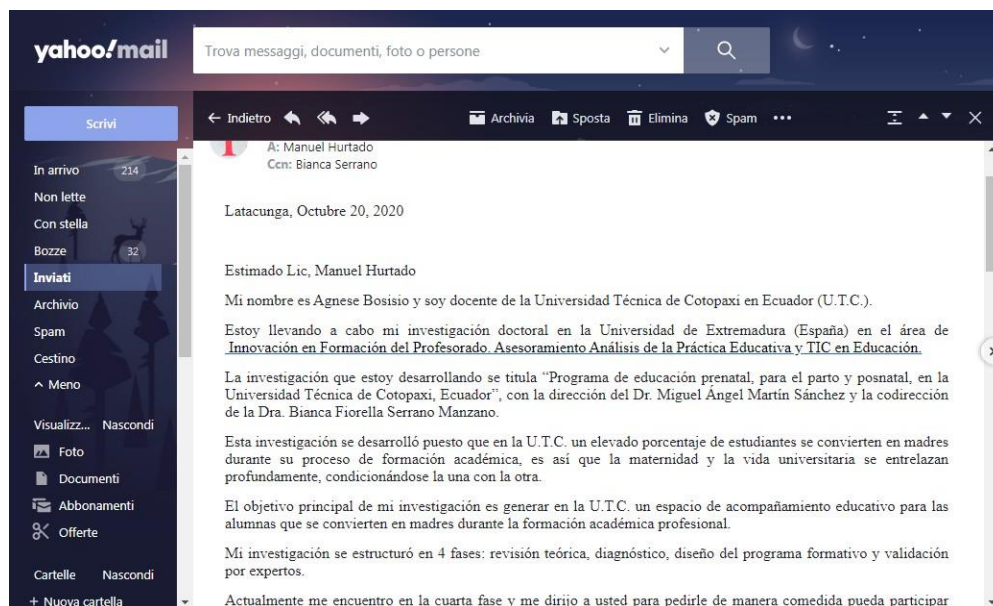
Experto 2:



Experto 3:



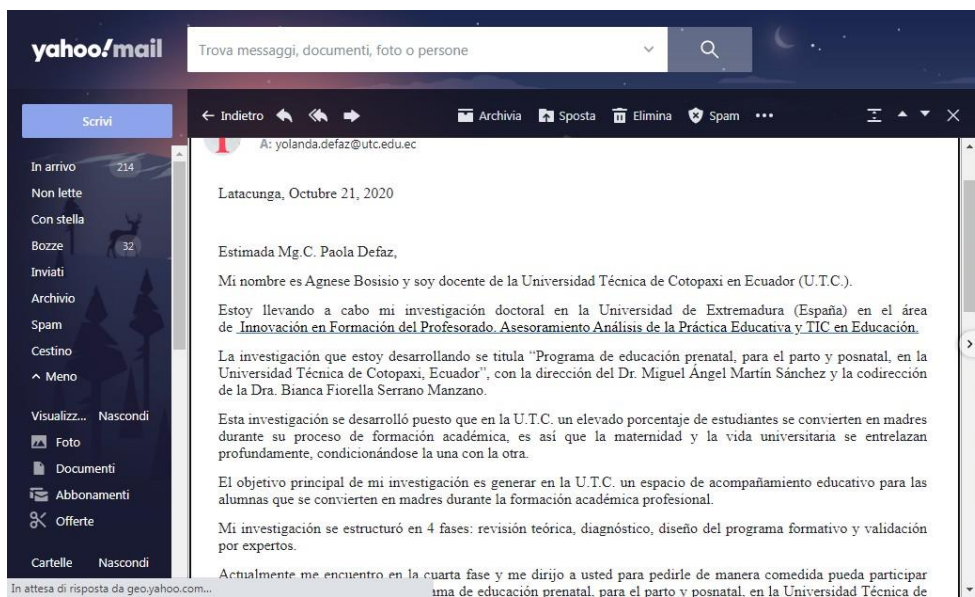
Experto 4:



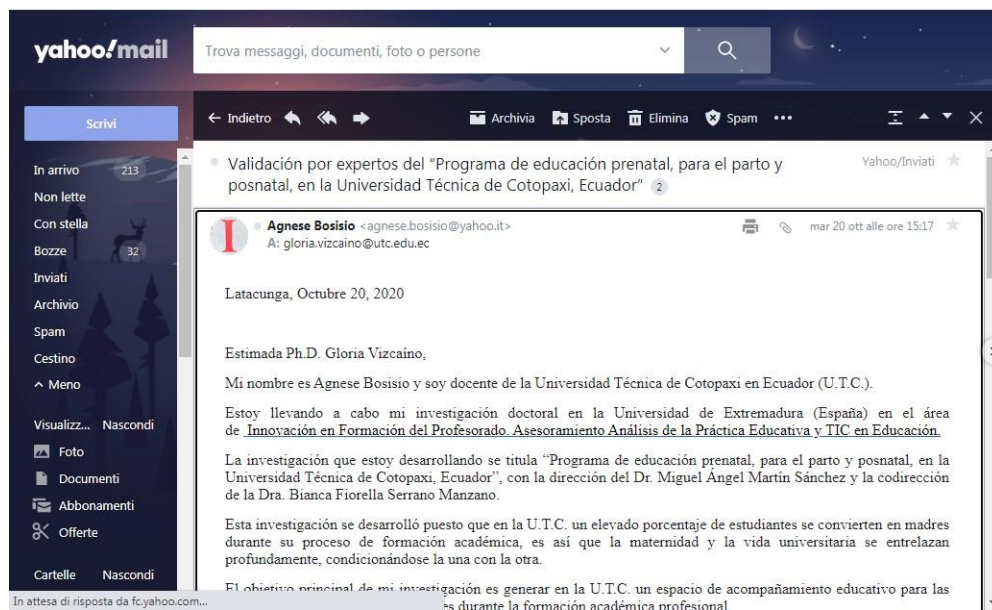
Experto 5:



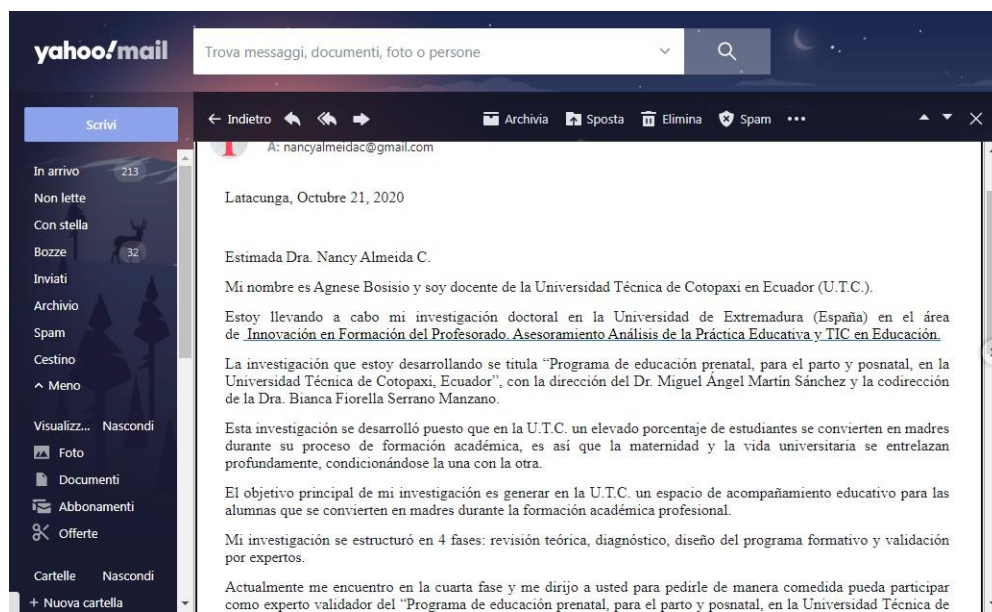
Experto 6:



Esperto 7:



Esperto 8:



Esperto 9:

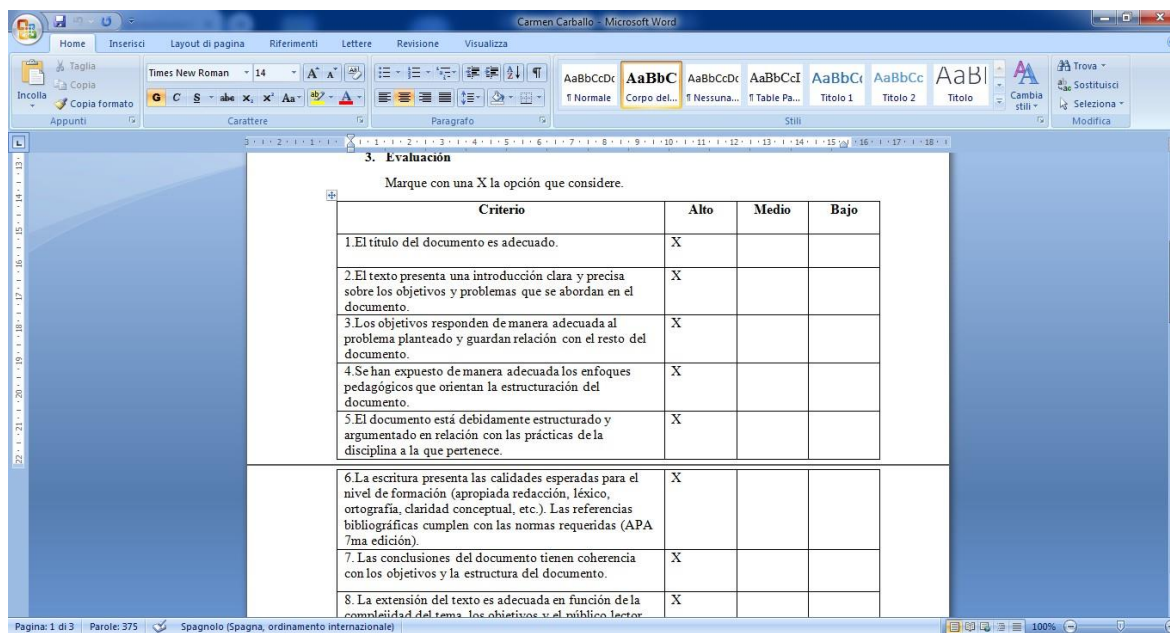
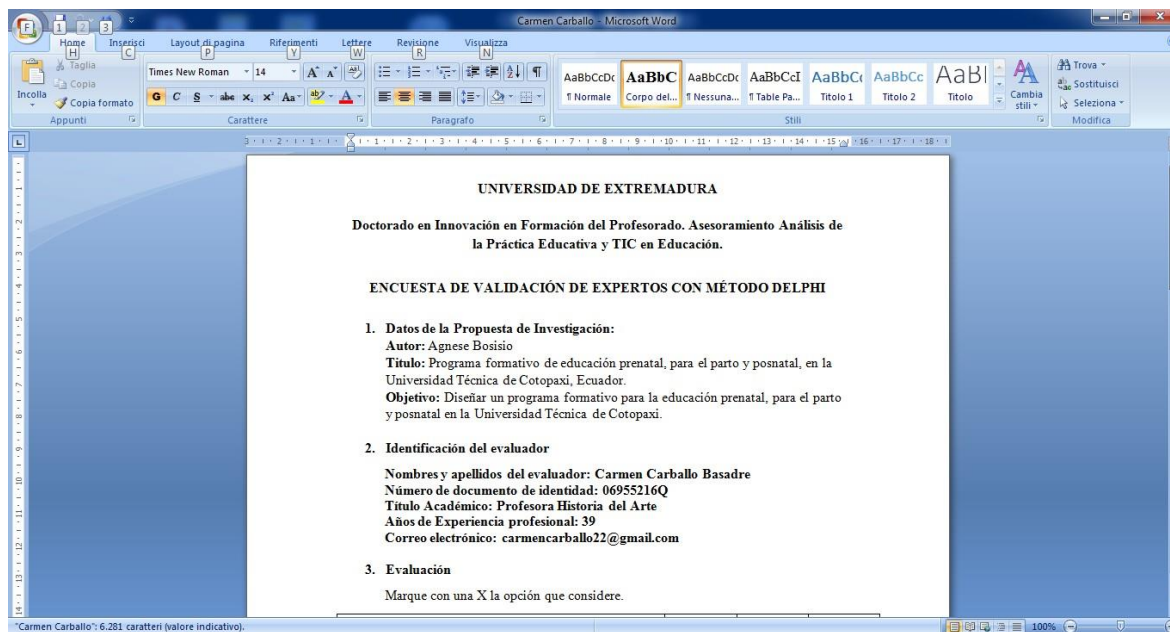
The screenshot shows a Yahoo! Mail interface. The search bar at the top contains the text "Trova messaggi, documenti, foto o persone". The left sidebar lists various folders: "Scrivi", "In arrivo" (213), "Non lette", "Con stella", "Bozze" (32), "Inviati", "Archivio", "Spam", "Cestino", "Meno", "Visualizz...", "Nascondi", "Foto", "Documenti", "Abbonamenti", "Offerte", "Cartelle", and "Nascondi". The main content area displays an email from "Agnese Bosio" (mailto:agnese.bosio@yahoo.it) to "gorditadj@hotmail.com" dated "mer 21 ott alle ore 14:33". The email subject is "Validación por expertos del 'Programa de educación prenatal, para el parto y posnatal, en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador'". The body of the email is in Spanish and discusses a doctoral research project at the Universidad de Extremadura (Spain) related to prenatal and postnatal education programs at the Universidad Técnica de Cotopaxi (U.T.C.) in Ecuador. The text includes: "Latacunga, Octubre 21, 2020", "Estimada Dra. Dora Jaramillo,", "Mi nombre es Agnese Bosio y soy docente de la Universidad Técnica de Cotopaxi en Ecuador (U.T.C.).", "Estoy llevando a cabo mi investigación doctoral en la Universidad de Extremadura (España) en el área de Innovación en Formación del Profesorado. Asesoramiento Análisis de la Práctica Educativa y TIC en Educación.", "La investigación que estoy desarrollando se titula 'Programa de educación prenatal, para el parto y posnatal, en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador', con la dirección del Dr. Miguel Ángel Martín Sánchez y la codirección de la Dra. Bianca Fiorella Serrano Manzano.", "Esta investigación se desarrolló puesto que en la U.T.C. un elevado porcentaje de estudiantes se convierten en madres durante su proceso de formación académica, es así que la maternidad y la vida universitaria se entrelazan profundamente, condicionándose la una con la otra.", "El objetivo principal de mi investigación es generar en la U.T.C. un espacio de acompañamiento educativo para las [redacted] durante la formación académica profesional."

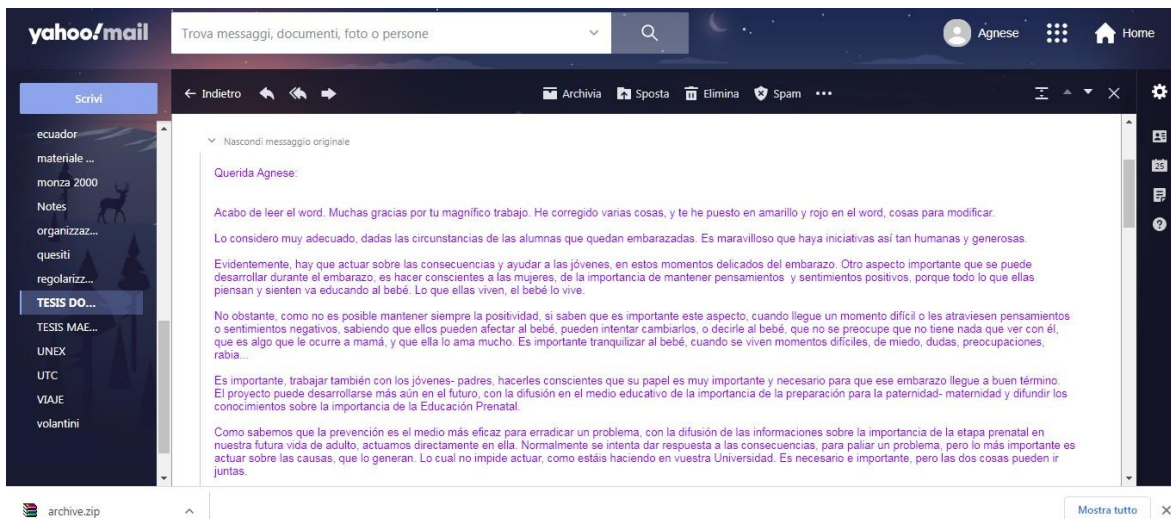
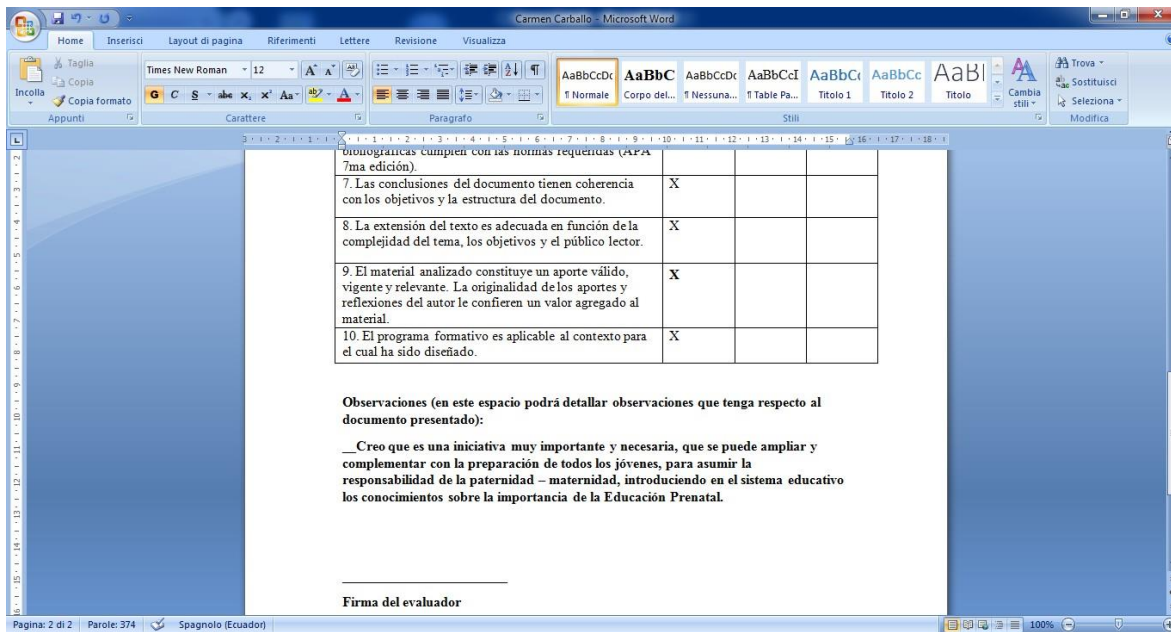
Esperto 10:

The screenshot shows a Yahoo! Mail interface. The search bar at the top contains the text "Trova messaggi, documenti, foto o persone". The left sidebar lists various folders: "Scrivi", "In arrivo" (213), "Non lette", "Con stella", "Bozze" (32), "Inviati", "Archivio", "Spam", "Cestino", "Meno", "Visualizz...", "Nascondi", "Foto", "Documenti", "Abbonamenti", "Offerte", "Cartelle", and "Nascondi". The main content area displays an email from "Agnese Bosio" (mailto:agnese.bosio@yahoo.it) to "ajimenez14@unex.es" dated "mar 20 ott alle ore 14:12". The email subject is "Validación por expertos del 'Programa de educación prenatal, para el parto y posnatal, en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador'". The body of the email is in Spanish and discusses a doctoral research project at the Universidad de Extremadura (Spain) related to prenatal and postnatal education programs at the Universidad Técnica de Cotopaxi (U.T.C.) in Ecuador. The text includes: "Latacunga, Octubre 20, 2020", "Estimado Dr. Antonio Salvador Jiménez,", "Mi nombre es Agnese Bosio y soy docente de la Universidad Técnica de Cotopaxi en Ecuador (U.T.C.).", "Estoy llevando a cabo mi investigación doctoral en la Universidad de Extremadura (España) en el área de Innovación en Formación del Profesorado. Asesoramiento Análisis de la Práctica Educativa y TIC en Educación.", "La investigación que estoy desarrollando se titula 'Programa de educación prenatal, para el parto y posnatal, en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador', con la dirección del Dr. Miguel Ángel Martín Sánchez y la codirección de la Dra. Bianca Fiorella Serrano Manzano.", "Esta investigación se desarrolló puesto que en la U.T.C. un elevado porcentaje de estudiantes se convierten en madres durante su proceso de formación académica, es así que la maternidad y la vida universitaria se entrelazan profundamente, condicionándose la una con la otra.", "El objetivo principal de mi investigación es generar en la U.T.C. un espacio de acompañamiento educativo para las [redacted] que se convierten en madres durante la formación académica profesional."

Apéndice R: Respuestas de validaciones de los expertos.

Experto 3:





yahoo/mail Trova messaggi, documenti, foto o persone

Indietro Archivia Sposta Elimina Spam

Scrive

ecuador
materiale ...
monza 2000
Notes
organizzaz...
questi
regolarizz...
TESIS DO...
TESIS MAE...
UNEX
UTC
VIAJE
volantini

Hacerles conscientes de que el momento de la concepción es muy importante, porque es el minuto cero de la educación de ese nuevo ser, y que, cómo se realice va a influenciar su futura vida. Que es importante que sea un acto de amor consciente, porque eso es lo que va a grabar la primera célula que dará origen al nuevo ser. Esto permite abordar la sexualidad, desde otro punto de vista que no es tan solo el fisiológico o emocional.

Qué durante la gestación el papel del padre es muy importante, para que el embarazo llegue a buen término. Qué puede establecer desde el principio un vínculo afectivo muy poderoso y hermoso con su hijo, que el niño necesita de los dos para crecer y desarrollarse de forma equilibrada y armónica.

Esto es lo que, entre otros matices más, aporta ANEP, para la mejora de las nuevas generaciones. Hacemos un trabajo, que va a las causas donde se origina el problema. La Educación Prenatal Natural, aborda los problemas desde el inicio. Por eso es tan importante que estos conocimientos se extiendan a la sociedad, en general, y a los jóvenes, en particular, porque como te decía antes, son los futuros padres - madres. Y este trabajo no es una mera filosofía, está sustentado en los descubrimientos científicos y psicológicos.

Tengo un libro escrito con una psicóloga, que lo concebimos, como un manual para difusores de Educación Prenatal y para profesores, con parte teórica y práctica. Se llama: Educación Prenatal, Educación para la Paz: Una educación en valores desde el inicio de la vida. Se encuentra en Amazon.

Si hubiéramos estado más cerca, te lo habría enviado como regalo. Pero es muy complicado; enviarlo tan lejos, muy costoso y sobre todo, que las veces que he enviado a Colombia y Perú, no llegaron nunca. No es un libro caro, quizás la Universidad pueda comprarlo.

Cualquier pregunta o duda, estaré encantada de ayudarte, y como te dije si necesitas una consulta más amplia, está Skype.

Te deseo mucho ánimo para seguir adelante con el proyecto, que tu fe y tu entusiasmo y, tu deseo de ayudar a los demás y de hacer de este Planeta Tierra, un lugar mejor para todos, no se apague nunca. Mantén la llama siempre encendida.

Te deseo mucho éxito.

Un abrazo grande y luminoso.

In attesa di risposta da googleads.g.doubleclick.net...

archive.zip

Mostra tutto X
Mostra icone nascoste

Esperto 4:

Manuel Hurtado - Microsoft Word

Home Inserisci Layout di pagina Riferimenti Lettere Revisione Visualizza

Taglia Incolla Copia Copia formato

Times New Roman 14

AaBbCcDd AaBbCcDd AaBbCcDd AaBbCc AaBb AaBbCc AaBbCc

Enfasi (cor... Enfasi (gr... 1 Normale Sottotitolo Titolo Titolo 1 Titolo 2

Carattere Paragrafo Stili

UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

Doctorado en Innovación en Formación del Profesorado. Asesoramiento Análisis de la Práctica Educativa y TIC en Educación.

ENCUESTA DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS CON MÉTODO DELPHI

1. Datos de la Propuesta de Investigación:

Autor: Agnese Bosisio
Título: Programa formativo de educación prenatal, para el parto y posnatal, en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador.
Objetivo: Diseñar un programa formativo para la educación prenatal, para el parto y posnatal en la Universidad Técnica de Cotopaxi.

2. Identificación del evaluador

Nombres y Apellidos del evaluador: Manuel Hurtado Fernández
Número de documento de identidad: 00382209H
Título Académico: Licenciado en Ciencias Físicas. Máster Universitario en Dirección Estratégica de Recursos Humanos
Años de Experiencia profesional: Más de 20 años
Correo electrónico: mhurtadf@gmail.com

3. Evaluación

Página: 1 di 5 Parole: 1.364 Spagnolo (Spagna, ordinamento internazionale) 100%

Manuel Hurtado - Microsoft Word

Home Insetisci Layout di pagina Riferimenti Lettere Revisione Visualizza

Times New Roman - 14

Carattere Paragrafo Stili

3. Evaluación

Marque con una X la opción que considere.

| Criterio | Alto | Medio | Bajo |
|---|------|-------|------|
| 1.El título del documento es adecuado. | X | | |
| 2.El texto presenta una introducción clara y precisa sobre los objetivos y problemas que se abordan en el documento. | X | | |
| 3.Los objetivos responden de manera adecuada al problema planteado y guardan relación con el resto del documento. | X | | |
| 4.Se han expuesto de manera adecuada los enfoques pedagógicos que orientan la estructuración del documento. | X | | |
| 5.El documento está debidamente estructurado y argumentado en relación con las prácticas de la disciplina a la que pertenece. | X | | |

Página: 1 de 5 Parote: 1.364 Spagnolo (Spagna, ordinamento internazionale) 100%

Manuel Hurtado - Microsoft Word

Home Insetisci Layout di pagina Riferimenti Lettere Revisione Visualizza

Times New Roman - 14

Carattere Paragrafo Stili

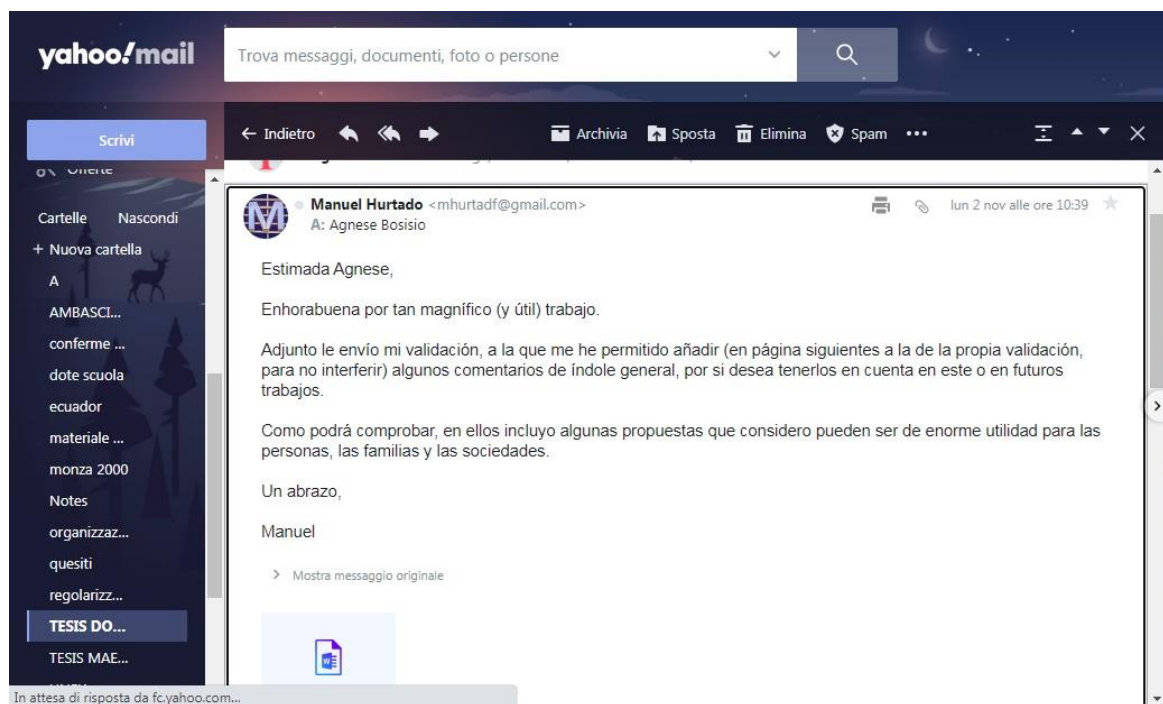
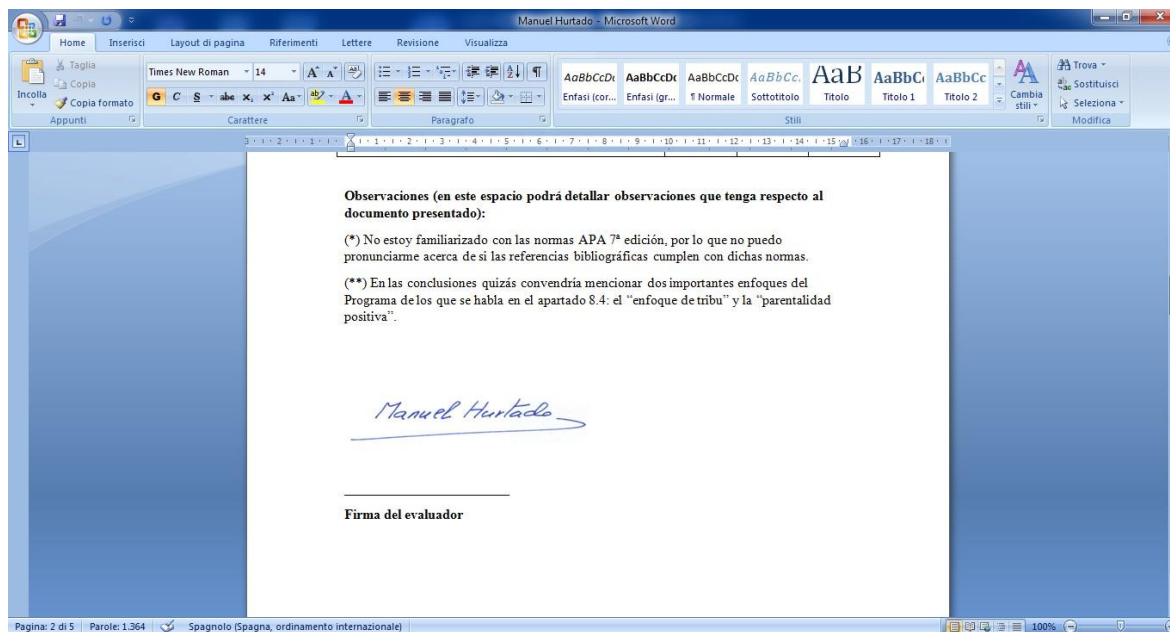
| | | | |
|--|-------|--------|--|
| 6.La escritura presenta las calidades esperadas para el nivel de formación (apropiada redacción, léxico, ortografía, claridad conceptual, etc.). Las referencias bibliográficas cumplen con las normas requeridas (APA 7ma edición). | X (*) | | |
| 7.Las conclusiones del documento tienen coherencia con los objetivos y la estructura del documento. | | X (**) | |
| 8. La extensión del texto es adecuada en función de la complejidad del tema, los objetivos y el público lector. | X | | |
| 9. El material analizado constituye un aporte válido, vigente y relevante. La originalidad de los aportes y reflexiones del autor le confieren un valor agregado al material. | X | | |
| 10. El programa formativo es aplicable al contexto para el cual ha sido diseñado. | X | | |

Observaciones (en este espacio podrá detallar observaciones que tenga respecto al documento presentado):

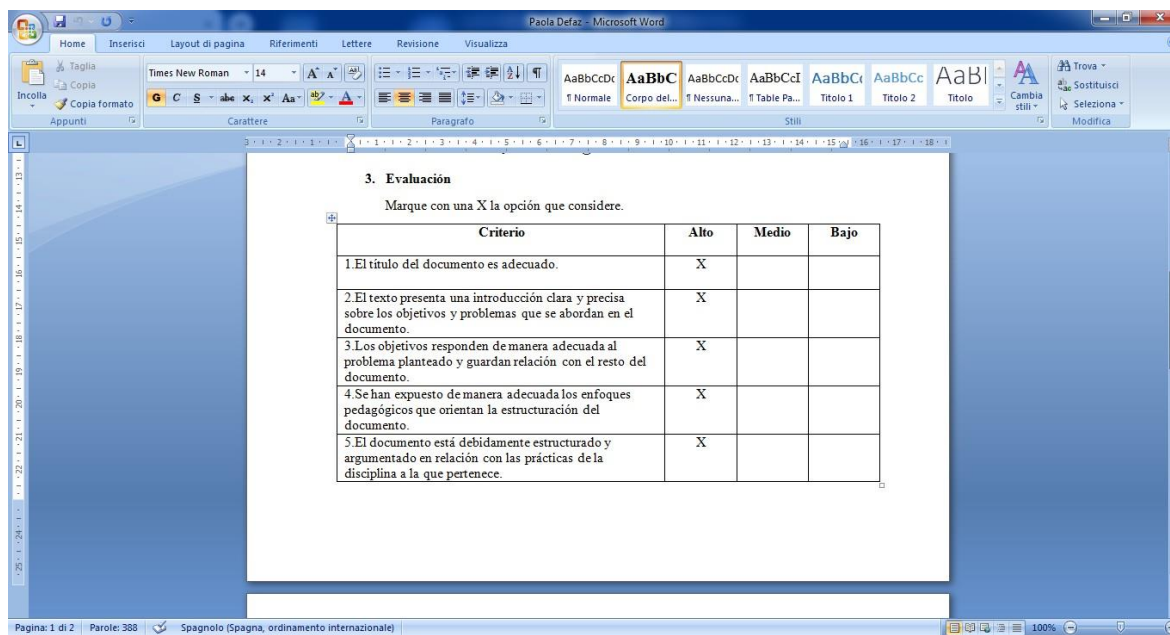
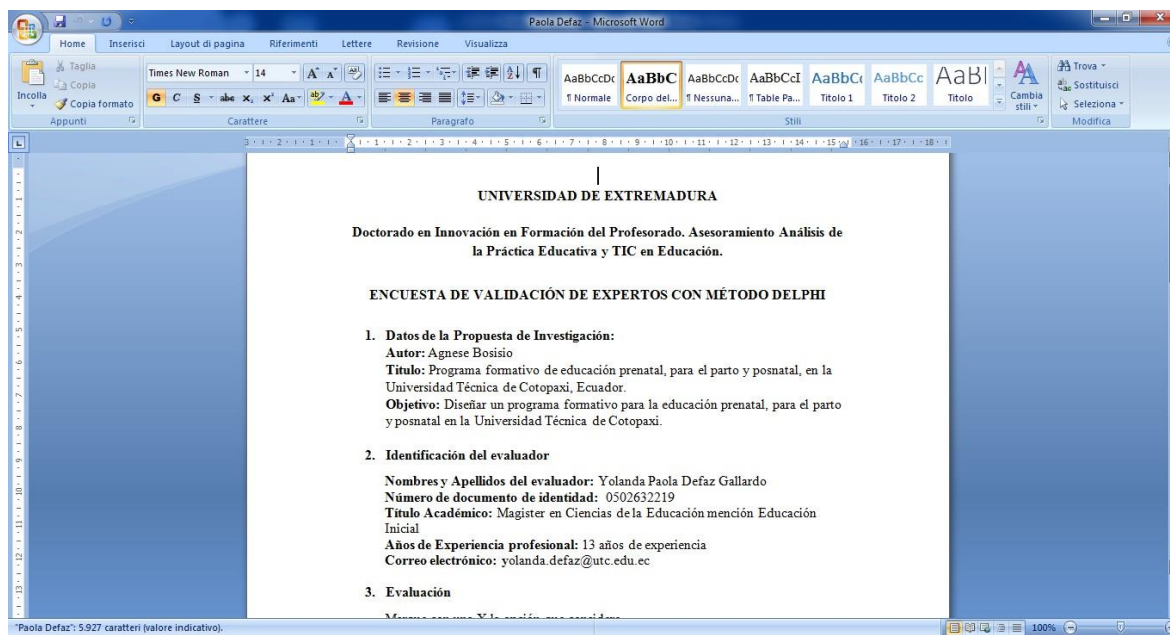
(*) No estoy familiarizado con las normas APA 7ª edición, por lo que no puedo pronunciarme acerca de si las referencias bibliográficas cumplen con dichas normas.

(**) En las conclusiones, quizás, convendría mencionar dos importantes enfoques del

Página: 2 de 5 Parote: 1.364 Spagnolo (Spagna, ordinamento internazionale) 100%



Experto 6:



Paola Defaz - Microsoft Word

Home Inserisci Layout di pagina Riferimenti Lettere Revisione Visualizza

Times New Roman 14

¶ Normale AaBbCcDc AaBbCcDc AaBbCcDc AaBbCcDc AaBbCcDc AaBbCcDc AaBI

| | | | |
|---|---|--|--|
| 6. La escritura presenta las calidades esperadas para el nivel de formación (apropiada redacción, léxico, ortografía, claridad conceptual, etc.). Las referencias bibliográficas cumplen con las normas requeridas (APA 7ma edición). | X | | |
| 7. Las conclusiones del documento tienen coherencia con los objetivos y la estructura del documento. | X | | |
| 8. La extensión del texto es adecuada en función de la complejidad del tema, los objetivos y el público lector. | X | | |
| 9. El material analizado constituye un aporte válido, vigente y relevante. La originalidad de los aportes y reflexiones del autor le confieren un valor agregado al material. | X | | |
| 10. El programa formativo es aplicable al contexto para el cual ha sido diseñado. | X | | |

Observaciones (en este espacio podrá detallar observaciones que tenga respecto al documento presentado):

Expresar mi felicitación por la excelente investigación destinada al beneficio de las mujeres en estado de gestación durante su formación académica. Cabe recalcar que es una investigación innovadora, donde su propuesta hace referencia al acompañamiento que debe

Pagina: 2 di 2 Parole: 388 Spagnolo (Spagna, ordinamento internazionale) 100%

Paola Defaz - Microsoft Word


Home Inserisci Layout di pagina Riferimenti Lettere Revisione Visualizza

Times New Roman 14

¶ Normale AaBbCcDc AaBbCcDc AaBbCcDc AaBbCcDc AaBbCcDc AaBbCcDc AaBI

Observaciones (en este espacio podrá detallar observaciones que tenga respecto al documento presentado):

Expresar mi felicitación por la excelente investigación destinada al beneficio de las mujeres en estado de gestación durante su formación académica. Cabe recalcar que es una investigación innovadora, donde su propuesta hace referencia al acompañamiento que debe existir en esta etapa importante de la vida de las mujeres.



Firma del evaluador

Pagina: 2 di 2 Parole: 388 Spagnolo (Spagna, ordinamento internazionale) 100%

Experto 7:

Gloria Vizcaino.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Archivo Edición Ver Firmar Ventana Ayuda

Inicio Herramientas Gloria Vizcaino.pdf x Iniciar sesión

Hay al menos una firma que presenta problemas. Panel de firma

UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

Doctorado en Innovación en Formación del Profesorado. Asesoramiento Análisis de la Práctica Educativa y TIC en Educación.

ENCUESTA DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS CON MÉTODO DELPHI

1. Datos de la Propuesta de Investigación:

Autor: Agnese Boisso
 Título: Programa formativo de educación prenatal, para el parto y posnatal, en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador.
 Objetivo: Diseñar un programa formativo para la educación prenatal, para el parto y posnatal en la Universidad Técnica de Cotopaxi.

2. Identificación del evaluador

Nombres y Apellidos del evaluador: Gloria Susana Vizcaino Cárdenas
 Número de documento de identidad: 0501876650
 Título Académico: -Master en Ciencias de la Educación, Mención Planeamiento en Instituciones de Educación Superior.
 -Magister en Docencia Universitaria y Administración Educativa.
 -Doctora en Administración Estratégica de Empresas
 Años de Experiencia profesional: 20 años
 Correo electrónico: gloria.vizcaino@utc.edu.ec

3. Evaluación

Marque con una X la opción que considere.

66,7%

Gloria Vizcaino.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Archivo Edición Ver Firmar Ventana Ayuda

Inicio Herramientas Gloria Vizcaino.pdf x Iniciar sesión

Hay al menos una firma que presenta problemas. Panel de firma

Años de Experiencia profesional: 20 años
 Correo electrónico: gloria.vizcaino@utc.edu.ec

3. Evaluación

Marque con una X la opción que considere.

| Criterio | Alto | Medio | Bajo |
|--|------|-------|------|
| 1 El título del documento es adecuado. | X | | |
| 2 El texto presenta una introducción clara y precisa sobre los objetivos y problemas que se abordan en el documento. | X | | |
| 3 Los objetivos responden de manera adecuada al problema planteado y guardan relación con el resto del documento. | X | | |
| 4 Se han expuesto de manera adecuada los enfoques pedagógicos que orientan la estructuración del documento. | X | | |

66,7%

Gloria Vizcaino.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Archivo Edición Ver Eirmar Ventana Ayuda

Inicio Herramientas Gloria Vizcaino.pdf x Iniciar sesión

Hay al menos una firma que presenta problemas. Panel de firma

| | | | |
|---|---|--|--|
| 4. Se han expuesto de manera adecuada los enfoques pedagógicos que orientan la estructuración del documento. | X | | |
| 5. El documento está debidamente estructurado y argumentado en relación con las prácticas de la disciplina a la que pertenece. | X | | |
| 6. La escritura presenta las calidades esperadas para el nivel de formación (apropiada redacción, léxico, ortografía, claridad conceptual, etc.). Las referencias bibliográficas cumplen con las normas requeridas (APA 7ma edición). | X | | |
| 7. Las conclusiones del documento tienen coherencia con los objetivos y la estructura del documento. | X | | |
| 8. La extensión del texto es adecuada en función de la complejidad del tema, los objetivos y el público lector. | X | | |
| 9. El material analizado constituye un aporte válido, vigente y relevante. La originalidad de los aportes y reflexiones del autor le confieren un valor agregado al material. | X | | |
| 10. El programa formativo es aplicable al contexto para el cual ha sido diseñado. | X | | |

Observaciones (en este espacio podrá detallar observaciones que tenga respecto al documento presentado):

Universidad Técnica de Cotopaxi. Es una interesante propuesta, que recoge una

Gloria Vizcaino.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Archivo Edición Ver Eirmar Ventana Ayuda

Inicio Herramientas Gloria Vizcaino.pdf x Iniciar sesión

Hay al menos una firma que presenta problemas. Panel de firma

Observaciones (en este espacio podrá detallar observaciones que tenga respecto al documento presentado):

- El Programa Formativo para la educación prenatal, parto y posnatal para las estudiantes que se convierten en madres durante su formación académica en la Universidad Técnica de Cotopaxi. Es una interesante propuesta, que recoge una problemática invisibilizada en las Instituciones de Educación Superior (IES) del Ecuador. Aún cuando la normativa que regula los procesos académicos, investigación y vinculación en las IES (Reglamento de Régimen Académico) sostiene el desarrollo de tales procesos desde un enfoque de derechos.
- No obstante, considero que un número mínimo o tal vez ninguna IES, ha considerado implementar un Programa Formativo para la educación, prenatal parto y postnatal para las estudiantes. De ahí, que este estudio cobra gran relevancia, primero porque expone una problemática muy poco reconocida y segundo porque desde una perspectiva pedagógica sobre la base de una visión de derechos de las mujeres, plantea una propuesta muy sólida y fácilmente aplicable.

OTC y tomando en consideración que es nuevo para el estratégico emiten en vigencia


Gloria Vizcaino.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Archivo Edición Ver Firmar Ventana Ayuda

Inicio Herramientas Gloria Vizcaino.pdf x Iniciar sesión

Hay al menos una firma que presenta problemas. Panel de firma

- Debo señalar, que como Directora de Planeamiento y Desarrollo Institucional de la Universidad Técnica de Cotopaxi, encargada de la Planificación Estratégica de la UTC y tomando en consideración que el nuevo Plan Estratégico entrará en vigencia en el 2021, me permitiré invitar a la candidata doctoral Agnese Bosio para que podamos incorporar su propuesta en el impulsor estratégico llamado Bienestar Universitario.

 GLORIA SUSANA VIZCAINO CÁRDENAS

Gloria Susana Vizcaino Cárdenas, Ph.D.
Docente Titular Agregada 2
Directora de Planeamiento y Desarrollo Institucional
Miembro de la Red Ecuatoriana de Mujeres Científicas del Ecuador

66,7%

Experto 8:**UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA**

Doctorado en Innovación en Formación del Profesorado. Asesoramiento Análisis de la Práctica Educativa y TIC en Educación.

ENCUESTA DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS CON MÉTODO DELPHI**1. Datos de la Propuesta de Investigación:**

Autor: Agnese Bosisio

Título: Programa formativo de educación prenatal, para el parto y posnatal, en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador.

Objetivo: Diseñar un programa formativo para la educación prenatal, para el parto y posnatal en la Universidad Técnica de Cotopaxi.

2. Identificación del evaluador

Nombres y Apellidos del evaluador:

Número de documento de identidad:

Título Académico:

Años de Experiencia profesional:

Correo electrónico:

3. Evaluación

Marque con una X la opción que considere.

| Criterio | Alto | Medio | Bajo |
|---|-------------|--------------|-------------|
| 1.El título del documento es adecuado. | ✓ | | |
| 2.El texto presenta una introducción clara y precisa sobre los objetivos y problemas que se abordan en el documento. | X | | |
| 3.Los objetivos responden de manera adecuada al problema planteado y guardan relación con el resto del documento. | X | | |
| 4.Se han expuesto de manera adecuada los enfoques pedagógicos que orientan la estructuración del documento. | X | | |
| 5.El documento está debidamente estructurado y argumentado en relación con las prácticas de la disciplina a la que pertenece. | X | | |

| | | | |
|---|---|--|--|
| 6. La escritura presenta las calidades esperadas para el nivel de formación (apropiada redacción, léxico, ortografía, claridad conceptual, etc.). Las referencias bibliográficas cumplen con las normas requeridas (APA 7ma edición). | X | | |
| 7. Las conclusiones del documento tienen coherencia con los objetivos y la estructura del documento. | X | | |
| 8. La extensión del texto es adecuada en función de la complejidad del tema, los objetivos y el público lector. | X | | |
| 9. El material analizado constituye un aporte válido, vigente y relevante. La originalidad de los aportes y reflexiones del autor le confieren un valor agregado al material. | X | | |
| 10. El programa formativo es aplicable al contexto para el cual ha sido diseñado. | X | | |

Observaciones (en este espacio podrá detallar observaciones que tenga respecto al documento presentado):

Duo de Piemanfu

Firma del evaluador

Experto 9:

Dora Jaramillo.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Archivo Edición Ver Firmar Ventana Ayuda

Inicio Herramientas Dora Jaramillo.pdf x

1 / 2

UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

Doctorado en Innovación en Formación del Profesorado. Asesoramiento Análisis de la Práctica Educativa y TIC en Educación.

ENCUESTA DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS CON MÉTODO DELPHI

1. Datos de la Propuesta de Investigación:

Autor: Agnese Bosisio
Título: Programa formativo de educación prenatal, para el parto y posnatal, en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador.
Objetivo: Diseñar un programa formativo para la educación prenatal, para el parto y posnatal en la Universidad Técnica de Cotopaxi.

2. Identificación del evaluador

Nombres y Apellidos del evaluador: Obst. Dora Jaramillo Zapater
Número de documento de identidad: 1103372064
Título Académico: Obstetriz
Años de Experiencia profesional: 18 años
Correo electrónico: gorditadj@hotmail.com

3. Evaluación

Marque con una X la opción que considere.

Dora Jaramillo.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Archivo Edición Ver Firmar Ventana Ayuda

Inicio Herramientas Dora Jaramillo.pdf x

1 / 2

3. Evaluación

Marque con una X la opción que considere.

| Criterio | Alto | Medio | Bajo |
|--|------|-------|------|
| 1. El título del documento es adecuado. | X | | |
| 2. El texto presenta una introducción clara y precisa sobre los objetivos y problemas que se abordan en el documento. | X | | |
| 3. Los objetivos responden de manera adecuada al problema planteado y guardan relación con el resto del documento. | X | | |
| 4. Se han expuesto de manera adecuada los enfoques pedagógicos que orientan la estructuración del documento. | X | | |
| 5. El documento está debidamente estructurado y argumentado en relación con las prácticas de la disciplina a la que pertenece. | X | | |

Dora Jaramillo.pdf - Adobe Acrobat Reader DC
 Archivo Edición Ver Eirmar Ventana Ayuda
 Inicio Herramientas Dora Jaramillo.pdf x

| | | | |
|---|---|--|--|
| 6. La escritura presenta las calidades esperadas para el nivel de formación (apropiada redacción, léxico, ortografía, claridad conceptual, etc.). Las referencias bibliográficas cumplen con las normas requeridas (APA 7ma edición). | X | | |
| 7. Las conclusiones del documento tienen coherencia con los objetivos y la estructura del documento. | X | | |
| 8. La extensión del texto es adecuada en función de la complejidad del tema, los objetivos y el público lector. | X | | |
| 9. El material analizado constituye un aporte válido, vigente y relevante. La originalidad de los aportes y reflexiones del autor le confieren un valor agregado al material. | X | | |
| 10. El programa formativo es aplicable al contexto para el cual ha sido diseñado. | X | | |

Observaciones (en este espacio podrá detallar observaciones que tenga respecto al documento presentado):


El documento que cursa por la universidad es una obra de autoría propia, original y de calidad y a plenitud, lo que es un derecho. El incluir múltiples profesionales en el desarrollo de


Dora Jaramillo.pdf - Adobe Acrobat Reader DC
 Archivo Edición Ver Eirmar Ventana Ayuda
 Inicio Herramientas Dora Jaramillo.pdf x

Observaciones (en este espacio podrá detallar observaciones que tenga respecto al documento presentado):

El documento está realizado pensando de forma tal que la estudiante universitaria que cursa por los estados biológicos del embarazo parto y puerperio con normalidad y a plenitud, lo que es un derecho. El incluir múltiples profesionales en el desarrollo de los talleres deja ver la necesidad de que debe actuar un equipo multidisciplinario como debe ser.

Existe una norma de educación prenatal que usa el ministerio de salud pública del Ecuador para las mujeres durante el embarazo que sería útil conocer.


 Firma del evaluador



Experto 10:

Antonio Salvador.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Archivo Edición Ver Firmar Ventana Ayuda

Inicio Herramientas Dora Jaramillo.pdf Antonio Salvador.pdf x Iniciar sesión

UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

Doctorado en Innovación en Formación del Profesorado. Asesoramiento Análisis de la Práctica Educativa y TIC en Educación.

ENCUESTA DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS CON MÉTODO DELPHI

1. Datos de la Propuesta de Investigación:
Autor: Agnese Bosísio
Título: Programa formativo de educación prenatal, para el parto y posnatal, en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador.
Objetivo: Diseñar un programa formativo para la educación prenatal, para el parto y posnatal en la Universidad Técnica de Cotopaxi.

2. Identificación del evaluador
Nombres y Apellidos del evaluador: Antonio Salvador Jiménez Hernández
Número de documento de identidad: 44.235.143-W
Título Académico: Doctor en Psicopedagogía
Años de Experiencia profesional: 15
Correo electrónico: ajimenez14@unex.es

3. Evaluación

Marque

| Criterio | Alto | Medio | Bajo |
|----------|------|-------|------|
| | | | |

Antonio Salvador.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Archivo Edición Ver Firmar Ventana Ayuda

Inicio Herramientas Dora Jaramillo.pdf Antonio Salvador.pdf x Iniciar sesión

3. Evaluación

Marque con una X la opción que considere.

| Criterio | Alto | Medio | Bajo |
|---|------|-------|------|
| 1.El título del documento es adecuado. | X | | |
| 2.El texto presenta una introducción clara y precisa sobre los objetivos y problemas que se abordan en el documento. | X | | |
| 3.Los objetivos responden de manera adecuada al problema planteado y guardan relación con el resto del documento. | X | | |
| 4.Se han expuesto de manera adecuada los enfoques pedagógicos que orientan la estructuración del documento. | X | | |
| 5.El documento está debidamente estructurado y argumentado en relación con las prácticas de la disciplina a la que pertenece. | X | | |

Antonio Salvador.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Archivo Edición Ver Eirmar Ventana Ayuda

Inicio Herramientas Dora Jaramillo.pdf Antonio Salvador.pdf x Iniciar sesión

| | | | |
|---|---|--|--|
| 6. La escritura presenta las calidades esperadas para el nivel de formación (apropiada redacción, léxico, ortografía, claridad conceptual, etc.). Las referencias bibliográficas cumplen con las normas requeridas (APA 7ma edición). | X | | |
| 7. Las conclusiones del documento tienen coherencia con los objetivos y la estructura del documento. | X | | |
| 8. La extensión del texto es adecuada en función de la complejidad del tema, los objetivos y el público lector. | X | | |
| 9. El material analizado constituye un aporte válido, vigente y relevante. La originalidad de los aportes y reflexiones del autor le confieren un valor agregado al material. | X | | |
| 10. El programa formativo es aplicable al contexto para el cual ha sido diseñado. | X | | |

Observaciones (en este espacio podrá detallar observaciones que tenga respecto al documento presentado):

Antonio Salvador.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Archivo Edición Ver Eirmar Ventana Ayuda

Inicio Herramientas Antonio Salvador.pdf x Iniciar sesión

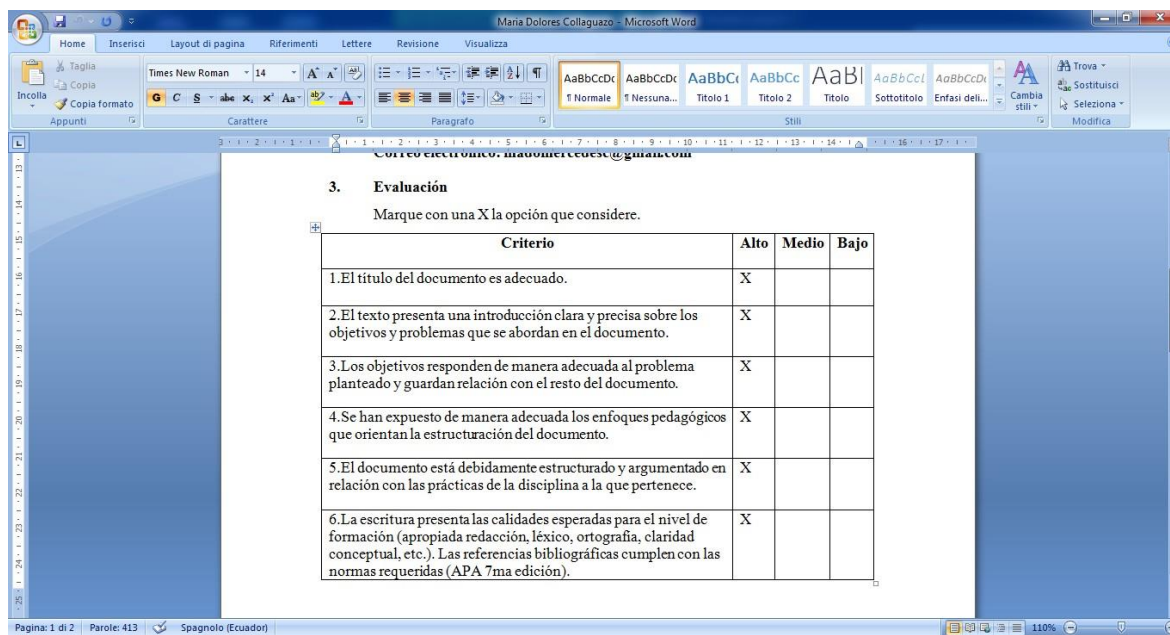
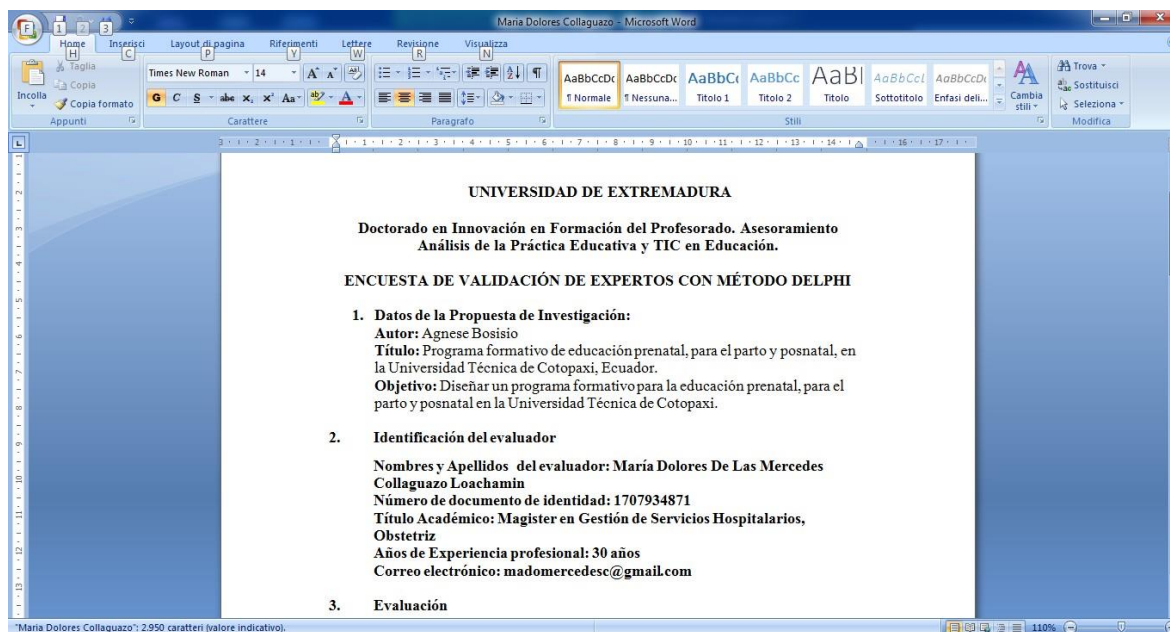
| | | | |
|---|---|--|--|
| 10. El programa formativo es aplicable al contexto para el cual ha sido diseñado. | X | | |
|---|---|--|--|

Observaciones (en este espacio podrá detallar observaciones que tenga respecto al documento presentado):



Firma del evaluador

Esperto 11:



Mania Dolores Collaguzo - Microsoft Word

Home Inserti Layout di pagina Riferimenti Lettere Revisione Visualizza Progettazione Layout


Times New Roman 12

Carattere Paragrafo Stili

| | | | |
|---|---|--|--|
| 7. Las conclusiones del documento tienen coherencia con los objetivos y la estructura del documento. | X | | |
| 8. La extensión del texto es adecuada en función de la complejidad del tema, los objetivos y el público lector. | X | | |
| 9. El material analizado constituye un aporte válido, vigente y relevante. La originalidad de los aportes y reflexiones del autor le confieren un valor agregado al material. | X | | |
| 10. El programa formativo es aplicable al contexto para el cual ha sido diseñado. | X | | |

Observaciones (en este espacio podrá detallar observaciones que tenga respecto al documento presentado):

En mi opinión la presente investigación es una innovación en el campo de la Obstetricia preventiva, que pretende brindar una paquete de atención que incluye: acompañamiento, educación, trabajo corporal, yoga, técnicas de respiración, durante la etapa prenatal, natal y posnatal, a estudiantes universitarias, siendo innovador en nuestro país que una Universidad realice esta actividad que normalmente se la realiza en unidades de salud . El proyecto es multidisciplinario, lo que le da riqueza y solidez.



Página: 2 di 2 Parole: 413 Spagnolo (Ecuador) 110%