

OPTIMIZACIÓN EN PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA SALUD APLICADA AL DESARROLLO PRENATAL

OPTIMIZATION IN DEVELOPMENTAL AND HEALTH PSYCHOLOGY APPLIED TO PRENATAL DEVELOPMENT

SANTIAGO LÓPEZ GÓMEZ¹

Fecha de Recepción: 03/03/2009

Fecha de Aceptación: 28/05/2009

RESUMEN

En los últimos años se ha constatado un gran avance en lo referido a la detección de las alteraciones o trastornos en el desarrollo psicológico, que se ha hecho extensivo al periodo prenatal y neonatal. Al considerar la etiología de los trastornos del desarrollo psicológico, se repara en que muchos de ellos tienen todavía una etiología poco definida o incluso desconocida. El periodo prenatal es un momento adecuado para trabajar diferentes aspectos preventivos de la etiología de muchos trastornos del desarrollo psicológico, por ello, es necesario valorar este periodo para poder intervenir, de forma precoz, en los potenciales riesgos posteriores, con el fin de minimizarlos y corregirlos. La optimización evolutiva del ciclo vital cobra una especial importancia para la implementación de programas preventivos, desde la perspectiva de la educación y promoción de la salud, en este periodo. Se describe, a nivel teórico, un modelo de trabajo aplicado a los trastornos del desarrollo psicológico en el periodo perigestacional.

¹ La correspondencia sobre este trabajo debe enviarse al autor, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de A Coruña, Campus de Elvira, 15071 A Coruña . E-mail: slopezg@udc.es

PALABRAS CLAVE

Optimización evolutiva, Ciclo vital, Desarrollo prenatal, Trastornos del desarrollo, Educación para la salud.

ABSTRACT

In recent years, detection and intervention of alterations or disorders in psychological development has experienced a remarkable growth. When the etiology of psychological development disorders is considered, it becomes clear nowadays that there are a lot of disorders with a poorly defined etiology or even entirely unknown. The prenatal period is an appropriate moment to implement preventive strategies to treat many disorders found during psychological development. Therefore, it is necessary to assess this period for an early prevention of subsequent potential risks, bearing in mind risk reduction or even correction. The developmental optimization of the life cycle becomes especially important for the implementation of preventive programs –particularly from the point of view of both education and health improvement. A model plan applied to developmental psychological disorders over the peri-gestational period is outlined.

KEY WORDS

Developmental psychology, Developmental disorders, Prenatal period, Early prevention

INTRODUCCIÓN

El interés al realizar estudios sobre la presencia de riesgos perinatales en distintas alteraciones y trastornos psicológicos, radica, en última instancia, en la posibilidad de operativizar modelos preventivos que consigan minimizar su incidencia y efecto, fomentando, al mismo tiempo, la posibilidad de optimizar el desarrollo y, por ende, la historia vital individual (López-Gómez y Cajal, 2008). En la actualidad, se aplican medidas de prevención prenatales, que consideran dos objetivos prioritarios, a saber: la vigilancia del desarrollo y la búsqueda del bienestar del nonato. Ambas conllevan una línea de actuación exclusivamente médica, que valora los errores o las alteraciones biológicas mediante el consejo genético y utiliza las diferentes herramientas que la tecnología sanitaria ha desarrollado, e incluso se somete al feto a terapias médicas y a cirugía con anterioridad a su nacimiento.

El avance y la creciente sofisticación de los procesos diagnósticos suponen, no obstante, todo un logro en lo que a la salud neonatal se refiere, permitiendo también detectar y corregir muchas alteraciones del desarrollo psicológico. Sin embargo, la prevención debe ir más allá de la corrección de alteraciones y de la utilización de dichas medidas, tratando de evitar, en lo posible, que las alteraciones en el desarrollo psicológico lleguen a presentarse. Para ello, se hace necesario trabajar hacia la consecución de estilos de vida y de salud más positivos en toda la población, sobre todo en las futuras madres gestantes, para reducir, de forma

efectiva, y de manera considerable, el riesgo perinatal. En este punto, es donde la Psicología, a nivel general, y la Psicología Evolutiva y de la Salud en particular, deben aportar sus herramientas y modelos de actuación para investigar, inicialmente, los potenciales riesgos personales de carácter comportamental, y los factores que rodean al desarrollo y que pueden llegar a producir alteraciones fetales, neonatales o incluso con manifestaciones en etapas posteriores. Su finalidad será prevenir su aparición, partiendo siempre del estudio del desarrollo prenatal y neonatal y de las variables que lo condicionan (López-Gómez, Cajal, Ordóñez y Uribe, 2008).

Al respecto, se abren dos principales frentes de actuación: el primero de ellos, cuyas principales aportaciones nacen en la Obstetricia y la Neonatología, hace referencia a la investigación y al conocimiento del desarrollo y de la realidad perinatal y de sus riesgos asociados. El otro, más centrado en la Psicología, se centra en el diseño e implementación de programas preventivos desde el planteamiento de la educación y promoción de la salud.

En el presente trabajo teórico, se describen las principales cuestiones a considerar en el diseño de programas preventivos que, partiendo de la realidad y del conocimiento actual sobre la etiopatogenia de las alteraciones y trastornos del desarrollo psicológico, tienen como objetivo la optimización evolutiva. Para ello, se contempla la relación entre el desarrollo pre-perigestacional y los trastornos del desarrollo psicológico. Al mismo tiempo,

se recogen los planteamientos que, desde el marco de la educación y promoción de la salud, guían las estrategias preventivas elaboradas al efecto, y cuyo principio de acción es la optimización de todo el proceso de desarrollo desde el paradigma del ciclo vital. Cuestión a la que se hace referencia en el último apartado, y que se vincula al marco genérico de trabajo, esto es, el desarrollo y el bienestar fetal y neonatal.

EL MARCO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Las conceptualizaciones de salud más divulgadas en los últimos años reconocen la salud desde una perspectiva holística, como un sentimiento subjetivo de bienestar, una habilidad para adaptarse a estados cambiantes de tensión, y para actualizar o hacer uso pleno del potencial que posee el individuo (véanse Greene y Simons-Morton, 1988; Hurrelman, 1989). Además, dichas concepciones de salud, contemplan su capacidad positiva, y el bienestar como el grado máximo de la buena salud. Esta consideración implica circunscribir la salud dentro de un continuum, que va desde la enfermedad al máximo bienestar (Ryan y Travis, 1981).

Dicha visión, otorga a la salud un carácter dinámico y activo, o lo que es lo mismo, es un proceso cambiante y dinámico que puede oscilar desde la mala a la buena salud y el bienestar. De igual forma, se le atribuye al propio sujeto una actividad respecto a la salud. El individuo se hace responsable, en este sentido, de su

estado de salud, el cual puede ser optimizado hasta llegar al máximo potencial de bienestar, dependiendo del funcionamiento personal, e integrando la educación como componente fundamental del proceso de bienestar (Dryfoos, 1990; Fierro, 2000).

Como puede observarse, hoy en día se acude a una formulación de corte salutogénico, en contra del modelo de enfermedad, que se apoyaría más en un sistema patogénico de la salud. Al mismo tiempo, se hace énfasis no sólo en las estrategias de promoción y protección de la salud, sino también en la facilitación de servicios preventivos, desde una perspectiva y significado positivo del concepto de salud. Ya que se trata de poner un mayor peso en lo positivo de la promoción de la salud que en los aspectos que indican una ausencia de la misma.

Bajo este planteamiento, el marco de la educación para la salud va a permitir, inicialmente, ofrecer información para aprender hábitos de salud más positivos y valorar los más nocivos, para luego, tratar de adquirir aquellos más favorables, alejándose del riesgo. Su objetivo último es crear un cambio actitudinal y comportamental en la dirección de estilos de vida más sanos.

Este punto de vista de la salud, unido al cambio en las causas de mortalidad y morbilidad, que pasan de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas (diabetes, cardiovasculares, respiratorias, etc.), las cuales derivan, en muchas ocasiones, de los propios hábitos del indivi-

duo (dietas negativas, fumar, consumo de alcohol, falta de ejercicio, etc.), hacen definitiva y necesaria la educación para la salud. Así, se considera que si los comportamientos de las personas provocan muchas de sus enfermedades, entonces es imprescindible cambiar esos comportamientos negativos por hábitos de salud positivos. El cambio en la naturaleza de los problemas de salud, sin duda alguna, implica también cambios en las estrategias utilizadas para mejorarla (Creswell y Newman, 1989; Jessor, 1993).

Para que se produzca este cambio, en cuanto a las estrategias de mejora de la salud, se precisa de la adopción de responsabilidad por parte de los individuos con respecto a su salud, y de su iniciativa por llevar a cabo comportamientos que les beneficien (Fierro, 2000). Para ello, es necesario educar a las personas en formas positivas de comportarse, acercándose hacia modelos más saludables. Es decir, se trata de considerar a la salud como un valor positivo, tanto a nivel individual como comunitario, y de que la persona disponga de actitudes positivas que guíen su conducta hacia el bienestar. La creación de actitudes pro-salud se convierte en uno de los pilares básicos sobre los que actuar.

Al efecto, se afirma que la salud puede conocerse, pues supone un cierto conocimiento, y si la salud puede conocerse, puede, en definitiva, aprenderse, por lo que es posible educar acerca de ella. En este ámbito, se dispone de diversas estrategias y herramientas que se enmarcan en los sistemas o modelos de salud. Dentro

de ellos, se puede hablar de dos principales modelos, a saber: el modelo patogénico y el modelo salutogénico (Greene y Simons-Morton, 1988; Hurrelman, 1989; Polaino, 1987; Rochón, 1991; Viguier, 2004).

a) El modelo patogénico de salud

Busca la causa de una determinada alteración, considerando los síntomas y atacando la enfermedad, pero sin hablar, apenas, de salud. Es adecuado desde la perspectiva médica para intervenir en una patología. En el caso del riesgo perinatal y los trastornos del desarrollo tendría una doble actuación. Por un lado corregir, mediante prácticas clínicas, cualquier riesgo perinatal que suponga una alteración del embarazo y una posible complicación para la madre o para el feto. La otra perspectiva, la generan los propios trastornos del desarrollo, ante los cuales, las prácticas interventivas o educativas tratarían de paliar o minimizar sus síntomas.

b) El modelo salutogénico

Surge desde un cambio gradual en el modelo anterior, distinguiendo entre enfermedad y salud. No debe contemplarse como antagónico, sino complementario del patogénico. Entiende la salud no sólo como la ausencia de enfermedad, sino que busca un grado óptimo de salud y bienestar a nivel psíquico, físico y social. Así pues, este modelo tiene un marco mucho más amplio, ya que además de curar, trata de preservar y promocionar la salud. Se

centra en aquellas condiciones generales que están implicadas en el hecho de la salud y en su proceso, y concede una menor importancia, o relativiza los factores específicos de los que depende la enfermedad. Se interesa por anticipar cuáles son las estrategias comportamentales más idóneas para hacer estable y optimizar la salud (Fierro, 2000).

Sin duda alguna, y dentro de esta consideración, se entiende que la educación para la salud tiene por objeto la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud con hábitos de vida sanos que favorezcan la salud desde el mantenimiento del sujeto en un nivel de vida óptimo (Dryfoos, 1990). Para ello, se persigue una serie de fines básicos, y son (Rochón, 1991, p. 9): promoción de la salud, prevención de los problemas de salud, mantenimiento de la salud junto con el tratamiento de los problemas, y el aprendizaje de conductas positivas en la población.

Para cubrir todos estos objetivos, que redundan en la asistencia en materia de salud, y por ende, en el aprendizaje de salud, es imprescindible poder conocer aspectos tan diversos como: cuáles son los comportamientos que mejoran la salud, cómo se producen los cambios de comportamiento, cómo se puede facilitar el aprendizaje, y cómo comunicar y aprender salud de forma efectiva (Henderson, Wale, Cortese y McLinttsch, 1981).

La asistencia implica la prevención de conductas patogénicas, junto con un cambio de las conductas nocivas y la generación de actitudes que conllevan

salud. Se persigue fomentar, mediante la educación y el aprendizaje en la población la responsabilidad de la propia salud y el autocuidado. El aprendizaje, así entendido, señala hacia la promoción de los comportamientos sanos, trabajando una serie de objetivos:

— Ofrecer una educación que permita a los individuos adoptar hábitos saludables encaminados a favorecer una vida sana y evitar, en la medida de lo posible, el riesgo de enfermedad.

— Desarrollar actitudes conscientes con respecto a la salud personal.

— Conseguir una eficiente utilización de los recursos sociales y sanitarios a favor de la salud.

— Aumentar la satisfacción de los sujetos con respecto a la información, las prácticas y los servicios prestados.

En esta misma línea, se trata de evitar la aparición de riesgos perinatales que pueden desencadenar patologías posteriores en el desarrollo psicológico. Se busca, desde esta premisa, minimizar dichos riesgos, con fórmulas previas a su aparición. El conocimiento exhaustivo de todos y cada uno de los posibles factores de riesgo, junto con la detección precoz de los mismos, es el camino hacia donde desarrollar las estrategias preventivas. Pues, una vez conocidos los riesgos, se debe trabajar en un segundo nivel, tratando de evitar su aparición mediante programas de educación para la salud generales y específicos a nivel pre- y perinatal.

En este sentido y frente a los trastornos del desarrollo psicológico, se actuaría, inicialmente, con una fórmula previa a la intervención, evitando, sobre todo, conductas inadecuadas, ofreciendo formación y desarrollando programas de educación para la salud, desde una perspectiva global y centrada en el embarazo. Al respecto, y como indican Litton, Bruce y Combs-Orme (2000), el periodo perinatal, mientras los padres acuden a los controles prenatales, se convierte en un momento adecuado para la puesta en marcha de programas de educación para la salud y para explorar las expectativas que tiene la propia pareja con respecto a la paternidad y a los cuidados neonatales. Es un hecho constatado que las expectativas

positivas de cara a la salud pre y perinatal conllevan mejores experiencias gestacionales, así como también cuidados pre y neonatales más acertados (Hildngsson, Waldenström y Radestad, 2002; Rodrigues, Pérez-López y Brito, 2004).

NIVELES DE PREVENCIÓN

Al acudir a la ya clásica formulación de Caplan (1964), que desarrollan Creswell y Newman (1989), se recogen los tres ámbitos o niveles de prevención, a saber: primaria, secundaria y terciaria, que permiten diseñar estrategias preventivas dirigidas a cada uno de estos niveles (Tabla 1).

Tabla 1. Niveles de prevención en los riesgos perinatales

Nivel de prevención	Población	Objetivos	Medidas y estrategias
Primario	Población general	Evitar y detectar la aparición de riesgos perinatales	<ul style="list-style-type: none"> - Programas de educación para la salud - Investigación de los factores de riesgo - Educación pregestacional - Control prenatal
Secundario	Familias y madres pertenecientes a grupos de riesgo	Detener la aparición y el avance de los riesgos perinatales	<ul style="list-style-type: none"> - Detección del riesgo perinatal - Asistencia pregestacional - Planificación familiar - Seguimiento perigestacional y neonatal
Terciario	Madres con riesgos anteriores o actuales	Intervenir médica y psicológicamente en los riesgos y complicaciones perinatales	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia pregestacional - Consejo médico y psicológico - Consejo genético - Seguimiento y control perigestacional - Intervención clínica - Asistencia y seguimiento neonatal - Intervención precoz neonatal

La *prevención primaria* se orienta a la población general, para evitar la aparición de complicaciones perinatales a partir de la reducción o eliminación de los riesgos determinantes de las mismas. Trata, en definitiva, de impedir la aparición de trastornos, detectando, de manera temprana, sus factores asociados.

Los programas de prevención, en este caso, deben realizarse en el contexto de la educación para la salud con un marcado carácter inespecífico. Con esta finalidad, los modelos de salud comenzarán a aplicarse dentro de los programas generales escolares, diseñando objetivos y estrategias, que aprehendan las futuras madres y padres, y lo más importante, generen actitudes positivas hacia el autocuidado de su salud, y las pongan en práctica desde muy temprana edad y las generalicen al embarazo (Hildingsson *et al.*, 2002). La higiene, la alimentación adecuada, la evitación del consumo de tabaco, de alcohol, o drogas, el control del peso, y en general todas aquellas prácticas dirigidas a la promoción de salud, serán adecuadas.

Como no podría ser de otra manera, el perfil evolutivo de los niños, con su crecimiento, y adquisición de habilidades y logros, marcará la realización de los ajustes en los objetivos y contenidos de esta programación. Se considera clave, como ya han resaltado otros investigadores (Dryfoos, 1990; Hurrelman, 1989; Rivas y Fernández, 1995), el período de la adolescencia, pues es un período de cambio hacia la óptima realización personal, en el sentido comportamental, cognitivo, de pensamiento, de atributos psicosocia-

les, en el ambiente social de referencia y sobre todo en la personalidad. Este carácter de cambio hace de la adolescencia un período central en materia de salud (Fierro, 2000; Misra, Guyer y Allston, 2003; Jessor, 1993). Así, se trata de orientar a los adolescentes en este proceso de cambio hacia el desarrollo de actitudes, creencias y comportamientos positivos y saludables. Teniendo en cuenta que, en este momento evolutivo, todavía no se han consolidado ni establecido definitivamente estos aspectos, los cuales, una vez fijados en la persona, suelen hacerse permanentes y generalizarse a la edad adulta.

En este nivel de actuación, la OMS (2003) identifica los diez riesgos mundialmente y regionalmente más importantes, por la carga de morbilidad que originan, y por ello, será el objetivo prioritario de todo plan preventivo en el ámbito primario de salud. Los riesgos a los que se hace mención son: la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el alcoholismo, el agua insalubre, y el saneamiento y la higiene deficientes, la carencia de hierro, el humo de combustibles sólidos en espacios cerrados, la hipercolesterolemia, y la obesidad.

En el frente primario de salud y apuntando al estado de gestación, la asistencia y el consejo preconcepcional, junto con el control gestacional, en la línea que marca la OMS (2001), serán una realidad dentro de la práctica diaria sanitaria. En la mayoría de los centros de salud se da cobertura a las mujeres embarazadas con seguimientos sobre su gestación y con una

fuerte preparación al parto y la aplicación de diferentes estrategias de afrontamiento hacia el mismo (Hurtado, Donat, Escrivá, Póveda y Ull, 2003). Esto es evidente, aunque también resulta notorio que apenas se realizan, a este nivel, actuaciones pregestacionales. Así, una práctica de salud adecuada debería ofrecer, en los mismos servicios, programas de planificación y control gestacional de carácter multidisciplinar. La adecuación del estado general de salud materno, sería su objetivo fundamental, buscando un equilibrio entre la realidad bio-psico-social de la madre, y la minimización de los riesgos gestacionales.

Este enfoque, desde el primer nivel de atención en salud, orientado a la promoción, prevención, detección precoz e intervención oportuna, permite descensos en la morbimortalidad, junto con una reducción de los costes sociales y económicos que derivan de la enfermedad o disfunción. Por ello, uno de los frentes de actuación sería mejorar la calidad total del entorno familiar y social, para ofrecer mejores posibilidades para el desarrollo (Viguer y Serra, 1996).

La *prevención secundaria* se centra en detectar el riesgo previsto por la pertenencia a un determinado grupo, previamente identificado, por estar relacionado con los diferentes factores que definen las complicaciones perinatales, tanto preconcepcionales como gestacionales (Herrera, 2002; Ortiz, 2001).

Bajo esta perspectiva, la pertenencia a clases socioeconómicas y culturalmente desfavorecidas, junto con la pre-

sencia de determinadas enfermedades o características maternas o paternas, debe plantear las oportunas medidas de prevención para favorecer un desarrollo correcto y, a ser posible, óptimo de sus hijos (Benítez, Llerena, López, Bruguera y Lasheras, 2004; Pérez *et al.*, 2004). Desde el punto de vista perinatal, los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbimortalidad son la prematuridad, la asfisia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí, que las estrategias del control prenatal estén orientadas a la prevención, al diagnóstico oportuno y al tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados.

Por otro lado, las alteraciones y patologías que se asocian a morbimortalidad materna son la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pregestacionales. La planificación familiar y el control gestacional, junto con la detección temprana, serán las estrategias que se ejecuten con mayor probabilidad de acierto para minimizar el efecto de los riesgos señalados. La educación psicosanitaria de las futuras madres, la planificación gestacional y el seguimiento del embarazo se perfilan también como medidas operativas acertadas.

La *prevención terciaria*, por último, se dirige a reducir o impedir la formación de consecuencias graves y/o duraderas en personas que ya muestran signos evidentes de riesgos perinatales. Se trata de una intervención preventiva que debe comenzar lo antes posible, una vez se va a

producir un embarazo. La detección temprana, por ello, será la mejor medida para garantizar la correcta intervención. Así, en aquellas madres con historiales obstétricos adversos o con una clínica que pudiera generar un riesgo frente al buen progreso del embarazo, sea por ella, o por sus ascendientes directos, se deberán realizar las prácticas interventivas adecuadas con el fin de evitar, en lo máximo posible, complicaciones o patologías. El consejo genético, como refieren Papalia, Olds y Feldman (2001), será de gran ayuda para valorar el riesgo de engendrar hijos con defectos congénitos o cromosómicos, valorando la historia familiar.

En este nivel preventivo se tratará de evitar problemas futuros, realizando seguimientos neonatales. Si se da el caso, habría que derivar a los servicios de intervención precoz, a aquellos niños que se vieron expuestos a complicaciones perinatales, siempre con la máxima celeridad, y reconociendo la importancia que juegan los primeros años en el aprendizaje y en la adquisición de destrezas y habilidades. Ya en el plano psicológico, y utilizando los servicios asistenciales actuales, se realizarán controles y seguimientos a estas mujeres, además de potenciar respuestas adaptativas a su situación, entre ellas sentimientos positivos y vínculos afectivos prenatales adecuados. Así, como señalan Rodrigues *et al.* (2004), se tratará de potenciar, en las clases de preparación al parto, la prevención de pensamientos y sentimientos de inseguridad, miedo o preocupación a las madres gestantes, evitando que se instauren o mantengan, sobre todo, respuestas de ansiedad.

CONTROL PRENATAL Y NEONATAL

La atención al embarazo debe contemplar acciones a todos los niveles, tanto durante el embarazo como en los momentos previos y posteriores al mismo (Mirsa *et al.*, 2003). La valoración e intervención prenatal apunta a una serie de herramientas que permiten valorar la evolución y el bienestar del feto e incluso intervenir con el fin de corregir ciertas situaciones o condiciones anormales (Papalia *et al.*, 2001).

Así, el control prenatal, definido como el conjunto de actuaciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, detección, diagnóstico, y tratamiento de los factores que puedan condicionar una alteración en la evolución del embarazo a nivel materno y/o neonatal, con riesgo de morbimortalidad, será prioritario para vigilar la evolución del mismo y preparar a la madre durante el embarazo, el parto y la crianza del bebé (Herrera, 2002) (véase Tabla 2).

Anteriormente, se indicaba que la educación materna, dentro de los programas de la educación para la salud, contemplados desde la orientación definida por la OMS (2001, 2003), debe guiar las acciones preventivas. De este modo, si a los programas de educación prenatales existentes, se le hacen extensivos los objetivos señalados, se lograrán mejores avances en materia de salud general, y de prevención de alteraciones y patologías infantiles, en particular. De tal manera, y como

Tabla 2. Objetivos preventivos en el control prenatal

- Vigilar el desarrollo y evolución del embarazo.
- Detectar e identificar factores de riesgo.
- Diagnosticar la condición y el estado fetal.
- Diagnosticar la condición y el estado materno.
- Educar a la madre en la evitación del riesgo prenatal y en los cuidados gestacionales y neonatales.
- Promocionar la salud reproductiva y la planificación familiar.
- Prevenir, diagnosticar, tratar las complicaciones gestacionales.

expone la OMS (2001), aparte de las estrategias educacionales, desde temprana edad, se podrán ofrecer las siguientes estrategias:

Para aquellas mujeres embarazadas que no presentan complicaciones relacionadas con el embarazo y/o patologías médicas y/o factores de riesgo con la salud, aplicar los principios del componente básico del control prenatal -CPN- de la OMS (2001). Al respecto, las actividades incluidas en el componente básico se dividen en tres áreas generales, y son:

1. Estudio de las condiciones socioeconómicas y de detección de patologías que aumentan la posibilidad de resultados adversos específicos.
2. Intervenciones terapéuticas comprobadas como beneficiosas.
3. Educación de las mujeres embarazadas sobre las emergencias durante el embarazo y cómo tratarlas.

En aquellas mujeres con patologías especiales o con factores de riesgo

para desarrollar complicaciones se realizará una minuciosa exploración. Posteriormente, deben ser derivadas a niveles superiores de atención, para tratar esas necesidades de salud más específicas.

Al centrarse en el enfoque preventivo que permite realizar el control prenatal, se señalan una serie de prácticas que se pondrán en marcha ante cualquier embarazo, con el fin de evitar y minimizar riesgos. No obstante, la mejora en el modelo preventivo de la atención prenatal no implica solamente una mejora sustancial en su contenido (véase Tabla 3). En realidad, y como consideran Papalia *et al.* (2001, p. 103), la atención debería comenzar antes del embarazo, con el objetivo de ofrecer a cada niño una mejor posibilidad de llegar al mundo en condiciones adecuadas para afrontar los retos de la vida fuera del útero. El médico de familia, junto con el obstetra, matrona y educadores prenatales, como figuras más cercanas a la futura madre, serán los que con mayor probabilidad apliquen las prácticas preventivas.

En este frente de actuación, se evidencia que los cuidados y la educación

Tabla 3. El enfoque preventivo prenatal: actuaciones

- Dar información sobre los cambios, tanto psicológicos como fisiológicos normales, que se producen durante las etapas del estado de gravidez y el puerperio.
- Explicar los principales signos de alarma que se pueden presentar durante el embarazo y el puerperio, y como llegar a reconocerlos.
- Señalar la importancia de realizar, de forma regular, los controles pre y postnatales.
- Enseñar los adecuados hábitos higiénicos y dietéticos, junto con las conductas favorables para la salud materna, fetal y neonatal.
- Evitar el consumo de tabaco, alcohol y la automedicación.
- Ofrecer orientación integral en planificación familiar.
- Enseñar técnicas para controlar la ansiedad y el estrés gestacional.
- Disminuir las actividades laborales agotadoras y las sobrecargas en las tareas domésticas.
- Seguir, en todo momento, las prescripciones facultativas y ante cualquier duda, acudir a los servicios de salud de la comunidad.

sanitaria, entendidos a nivel multidisciplinar, pueden modificar los malos resultados neonatales. Bajo este contexto, los cuidados hacia la salud son definidos como un amplio grupo de actividades, dentro del nivel de prevención primario, que pueden llegar a utilizarse para prevenir embarazos no deseados entre jóvenes y adolescentes y para tratar alteraciones específicas desde la intervención médica.

De manera particular, y considerando los factores que de manera más directa afectan al desarrollo neonatal y más posteriormente al infantil, con su consecuente repercusión en la perspectiva del ciclo de la vida, se recogen y amplían las formulaciones de Misra *et al.* (2003). Al respecto, se identifican las siguientes áreas de trabajo:

— *Nutrición.* Se expresa directamente en la necesidad de tomar suplemen-

tos vitamínicos y de ácido fólico con anterioridad al embarazo, con el objetivo de reducir el riesgo frente a distintas anomalías congénitas. Al mismo tiempo, se tratará que las futuras gestantes tengan una dieta adecuada, tanto en los meses previos como durante todo el embarazo.

— *Estilo de vida.* Apunta, de manera específica, a evitar el consumo de tabaco, alcohol y drogas, especialmente durante el embarazo. Igualmente, está indicado realizar regularmente ejercicio físico moderado, evitando trabajos pesados, agotadores o de responsabilidad que conlleven ansiedad o estrés.

— *Infecciones.* Las enfermedades de transmisión sexual se han incrementado en los últimos años, sobre todo entre los grupos poblacionales de bajos recursos y las minorías étnicas, grupos

que, a su vez, tienen un mayor riesgo de resultados perinatales adversos. La prevención y el tratamiento de estas enfermedades debe, por ello, hacerse extensivo a toda la población, con políticas educativas y sanitarias que favorezcan las prácticas sexuales sin riesgo.

— *Enfermedades crónicas.* Con la edad aumentan muchas enfermedades crónicas. En este sentido, y dado que cada vez con más frecuencia muchas mujeres posponen su embarazo hasta cerca de los cuarenta años e incluso más, se comprende la importancia que las enfermedades crónicas adquieren en el contexto del embarazo, a la vez que se comprueba que el propio embarazo puede exacerbar los síntomas de algunas de estas enfermedades. Al respecto, los servicios sanitarios deberán atender, de manera especial, a las gestantes añosas, sobre todo si son primíparas, valorando la viabilidad de su embarazo, en previsión de riesgos y enfermedades, tanto maternas como en el nonato.

— *Reproducción asistida.* La tecnología reproductiva ha permitido intervenir con éxito múltiples problemas de infertilidad. Desde los últimos años su práctica se ha hecho extensiva a todos los sectores poblacionales. Sin embargo, la reproducción asistida incrementa el riesgo de muchos embarazos por diversas razones, alarga el periodo fértil de la mujer y consecuentemente éstas retrasan, cada vez más, el hecho de ser madres. Por otro lado, genera un alto número de embarazos múltiples, añadiendo un riesgo notable de posibles resultados adversos. Muchas mujeres con patologías crónicas y con

experiencias de infertilidad terminan quedando embarazadas y requiriendo una atención especializada. La intervención a este nivel será realizada desde las propias unidades de reproducción asistida, mediante una completa valoración de la futura madre y un seguimiento y control de su estado general de salud. Las prácticas preventivas se situarán, por lo tanto, en el contexto del consejo reproductivo y la preparación para la maternidad.

Para finalizar, el control prenatal, como nivel primario de prevención y cuidado prenatal, debe identificar los factores de riesgo en la mujer gestante y las enfermedades que puedan afectar al transcurso normal del embarazo y la salud del feto y del recién nacido. Su propósito es adelantar acciones preventivas y terapéuticas que optimicen la salud materna y perinatal (Herrera, 2002).

OPERATIVIZACIÓN DE ESTRATEGIAS PREVENTIVAS: LA OPTIMIZACIÓN DEL DESARROLLO

La optimización evolutiva constituye un campo de estudio dentro de la psicología evolutiva que utiliza los principios teóricos y la tecnología de la intervención actualmente disponible para la prevención, la promoción y la mejora del desarrollo de cara a maximizar las ganancias y minimizar las pérdidas, para conseguir el desarrollo óptimo del sujeto a lo largo de todo el curso vital, tarea que se enfoca desde la perspectiva ecológica, ética, proactiva y reactiva, y desde una

conceptualización del ser humano en su contexto (Viguer, 2004, Vuyk, 1981).

La finalidad de cualquier modelo preventivo debe fundamentarse en el conocimiento sobre el desarrollo y los riesgos generados en cada momento. Esta fórmula de trabajo se basa en un sistema general que tiene en cuenta los diversos principios estratégicos que definen la prevención del riesgo perinatal, y las consecuentes dificultades y alteraciones posteriores. Bajo este planteamiento, se resaltan las siguientes líneas de actuación, que se agrupan en las dimensiones siguientes: pregestacional, perigestacional, intraparto, neonatal, psicosocial y sociodemográfica. Dichas dimensiones se han utilizado previamente en diferentes estudios sobre la presencia de riesgos pre-peri-neonatales frente a trastornos del desarrollo, mostrando una fuerte validez teórica (López-Gómez, Rivas y Taboada, 2008a; López-Gómez, Rivas y Taboada, 2008b). Los objetivos generales a los que se dirigen dichas acciones, y cuyo fin será siempre la optimización del desarrollo, son los siguientes:

— Evitar la aparición de los factores identificados como de riesgo perinatal.

— Corregir aquellas situaciones desfavorables –contextuales, educativas, demográficas o comportamentales- que potencien la existencia de riesgos perinatales.

— Generar habilidades de autocuidado de cara a la maternidad y pater-

nidad responsable, desde edades tempranas.

— Establecer políticas y servicios de control pre-, peri- y neonatales adecuados.

— Desarrollar programas de educación maternal prenatal en las unidades y centros de salud.

— Detectar, de forma rápida, incipientes riesgos perinatales y neonatales.

Se trata, en definitiva, de dirigir acciones cuya meta sea prevenir un desarrollo inadecuado. Además de promover el mismo desde los niveles descritos, integrando la investigación en el desarrollo, bajo una visión sistémica, y desde su conocimiento descriptivo y explicativo. Las actuaciones e intervenciones buscarán promover el desarrollo positivo y potenciar las oportunidades en el curso del desarrollo humano, y considerando la amplitud del ciclo vital.

1. Nivel pregestacional

Identifica aquellos eventos significativos ocurridos con anterioridad a la gestación, sobre todo los que han sucedido con una mayor proximidad temporal, por estar más cercanos al embarazo, y por ende, poder presentar una mayor adversidad, junto con aquellos otros que también pueden alterar el curso normal del mismo, dado su alto nivel de incidencia.

La realidad pregestacional actual

lleva a considerar, en esta dimensión, tanto los factores de orden médico como los psicológicos y los sociales, que en su combinación, de manera genérica o específica, pueden incidir en determinados problemas posteriores.

La edad de la madre en el embarazo, su morfología e historial reproductivo y de salud, serán los objetivos en los que trabajar, desde una visión preventiva, para lograr reducir los riesgos y complicaciones perinatales.

Desde este plan genérico de acción, se subrayan dos principales medidas de actuación en el nivel pregestacional de la prevención del riesgo perinatal, y son:

— Implementación de programas de educación para la salud desde temprana edad y dirigidos a toda la población.

— Programas pregestacionales en las unidades y servicios de salud. Se hace necesario la extensión de los programas y cursos de preparación al parto, en la línea de ofrecer atención a los cuidados pregestacionales. Se incidirá, de manera especial, en aquellos eventos que puedan condicionar riesgo perinatal, orientando a las futuras madres hacia mayores niveles y condiciones de salud previas a la gestación.

2. Nivel perigestacional

Señala al conjunto de riesgos que pueden condicionar el normal desarrollo

del embarazo, abarcando el actual periodo gestacional, esto es, durante el embarazo ya logrado.

El control gestacional, entendido como la valoración permanente del estado de salud materno-fetal y del proceso del desarrollo gestacional, tanto desde una perspectiva sanitaria como psicosocial, serán las pautas a seguir en este planteamiento preventivo. Las acciones, por lo tanto, tendrán en cuenta el seguimiento de todo el embarazo, comenzando lo más tempranamente posible, y abarcando todas las manifestaciones sintomatológicas que se sospechen puedan estar asociadas al riesgo perinatal. Aquellos signos, obstétricos o psicológicos, e incluso sociodemográficos, que se relacionen con resultados neonatales adversos, serán objeto de intervención especializada y de una actuación más profunda.

3. Nivel intraparto

Se expresa por el conjunto de las situaciones vinculadas al parto y al proceso de alumbramiento.

En este ámbito se definen dos medidas principales para prevenir alteraciones que pueden derivar en complicaciones neonatales, a saber:

— El control gestacional anteparto, realizando las oportunas mediciones del estado y del bienestar neonatal, y valorando las maniobras y actuaciones que se tendrán que realizar con la previsión adecuada.

— Preparación al parto. Aunque en la actualidad los programas de preparación al parto están bastante extendidos, se precisa ampliar su cobertura y buscar las técnicas de trabajo más efectivas para preparar a la futura madre hacia el trabajo de parto.

4. Nivel neonatal

Hace referencia al grupo de condiciones neonatales adversas que pueden interrumpir, condicionar o alterar el desarrollo físico y/o psíquico del recién nacido.

La asistencia neonatal, junto con la formación materna, van a ser los mejores aliados para evitar alteraciones neonatales que se expresen por la presencia de complicaciones. Comenzará en la propia sala de partos y deberá ser realizada por personal cualificado en neonatología, que atienda a todos aquellos signos y manifestaciones que conlleven la presencia de un riesgo neonatal. Esta actuación se hará extensiva a todos los neonatos y su duración vendrá marcada por el adecuado nivel de bienestar y de salud del recién nacido.

La formación materna, de manera obligada, formará parte de los planes pre- y perigestacionales, incidiendo en una serie de cuestiones, siendo las principales las siguientes:

- Cuidados neonatales: higiene, alimentación y sueño.
- Signos de alarma en el bebé.

— Desarrollo del recién nacido hasta los primeros años.

- La lactancia.
- Estimulación del recién nacido.
- Psicología de la primera infancia.

5. Nivel psicosocial

Apunta hacia aquellas dimensiones psico-emocionales, cognitivas o sociales que ejercen su influencia en el proceso del desarrollo gestacional y del bienestar fetal.

La influencia señalada y el condicionamiento que determinados factores psicológicos, emocionales e incluso sociales de la madre durante la gestación, serán contemplados en las medidas operativas preventivas que se programen. En este sentido, destacan una serie de actuaciones, no sólo orientadas a la gestación, sino también al postparto, y son:

- Incluir en los programas de educación para la salud cuestiones relativas a la dimensión psicológica de la salud y, sobre todo, de aquellos aspectos relacionados con su mejora y optimización.
- En los programas de asistencia preconcepcional se deberán trabajar las emociones y cogniciones de la madre, resaltando la importancia del vínculo afectivo, de la relajación y del estado adecuado de salud mental.

— El control gestacional, como anteriormente se indicaba, se hará extensivo al plano psicológico, derivando al especialista a aquellas madres con niveles de estrés o ansiedad elevados o con manifestaciones psicopatológicas que impliquen riesgo perinatal. Las relaciones sociales y de pareja durante la gestación serán también objeto de estudio, valoración e intervención.

6. Nivel sociodemográfico

Se define por aquellas variables de naturaleza demográfica –económica, cultural, y la raza o etnia- que pueden incidir significativamente en el embarazo y el posterior desarrollo neonatal.

Al tratarse de variables de orden social, los operativos preventivos pasan siempre por extender el nivel de cobertura sanitaria a toda la población, independientemente de su nivel económico o cultural. Se trata, en definitiva, de minimizar el impacto potencial que tienen las diferencias sociodemográficas en los riesgos perinatales, contribuyendo a resultados neonatales más favorables. Esto será posible bajo la inclusión de dos principales parámetros, son los siguientes:

— Diseñar estrategias y programas de educación para la salud orientados a la totalidad de los centros escolares, para que cualquier niño o adolescente tenga acceso al aprendizaje de conductas de salud que más adelante repercutirán, de manera positiva, en sus futuras gestaciones.

— Ampliar, tanto cualitativa como cuantitativamente, la asistencia y control preconcepcional y perigestacional a toda la población. Este aspecto debe cristalizar con la puesta en marcha de medidas y recursos cercanos a todas las personas en edad fértil. Dichas medidas no sólo representarán una cercanía física, sino que se hará con los suficientes recursos, tanto humanos como tecnológicos. Asimismo, se realizarán actividades pregestacionales y de planificación familiar por profesionales formados en materia sanitaria y psicológica específica del embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benítez, T., Llerena, P., López, R., Bruguera, C., Lasheras, L. (2004). Determinantes socioeconómicos de un colectivo de familias inmigrantes. *Anales de Pediatría*, 60, 9-15.

Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.

Creswell, W.H. y Newman, I.M. (1989). *School health practice*. St. Louis. Times Mirror / Mosby College Publishing.

Dryfoos, J.G. (1990). *Adolescents at risks: prevalence and prevention*. New York: Oxford University Press.

Fierro, A. (2000). Salud (comportamental): un modelo conceptual. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53, 147-163.

Greene, W.H. y Simons-Morton, B.G. (1988). *Educación para la salud*. Méjico: Interamericana.

Henderson, A.C., Wale, J., Cortese, P.A. y McLinttsch, D.V. (1981). The future of health education profession: Implications for preparations and practice. *American Journal of Public Health*, 95, 555-559.

Herrera, J.A. (2002). Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. *Colombia Médica*, 33, 21-25.

Hildingsson, I., Waldenström, V. y Radestad, I. (2002). Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81, 118-125.

Hurrelman, K. (1989). *Human development and health*. New York: Springer.

Hurtado, F., Donat, F., Escrivá, P., Poveda, C. y Ull, N. (2003). La mujer ante la experiencia del parto y las estrategias de afrontamiento. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 66, 32-54.

Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among young in high-risks settings. *American Psychologist*, 48, 117-126.

Litton, G., Bruce, C. y Combs-Orme, T. (2000). Parenting expectations

and concerns of fathers and mother of newborn infants. *Family Relations*, 49, 123-131.

López Gómez, S., Rivas, R.M. y Taboada, E.M. (2008a). Los riesgos maternos pre, peri y neonatales en una muestra de madres de hijos con trastorno generalizado del desarrollo. *Psicothema*, 20(4), 684-690.

López Gómez, S., Rivas, R.M. y Taboada, E.M. (2008b). Detección de los riesgos maternos perinatales en los trastornos generalizados del desarrollo. *Salud Mental*, 31(5), 371-379.

López-Gómez, S. y Cajal, C.J. (2008, en prensa). La prevención en el desarrollo: la intervención perigestacional en la perspectiva del ciclo vital. *Psic. Revista de Psicología da Vetor Editora*, 9(2).

López-Gómez, S., Cajal, C.J., Ordóñez, S.M. y Uribe, A.F. (2008). Identificación y valoración neuropsicológica del riesgo perinatal: instrumentos. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 59(4), 316-326.

Misra, D.P., Guyer, B. y Allston, A. (2003). Integrated perinatal health framework: A multiple determinants model with a life span approach. *American Journal of Preventive Medicine*, 25, 65-75.

Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO). (2003). *The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. Ginebra: WHO.

Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO). (2001). *WHO antenatal care randomized trial; Manual for the implementation of the new model*. Ginebra: WHO.

Ortiz, E.I. (2001). Estrategias para la prevención del bajo peso al nacer en una población de alto riesgo, según la medicina basada en la evidencia. *Colombia Médica*, 32, 159-162.

Papalia, D.E., Olds, S.W. y Feldman, R.D. (2001). *Desarrollo humano*. Colombia: McGraw-Hill.

Pérez, S., Muñoz, N., Robledo, A., Sánchez, Y., Pallás, C.R. y Cruz, J. de la (2004). Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos. *Anales de Pediatría*, 60, 3-8.

Polaino, A. (1987). *Educación para la salud*. Barcelona: Herder.

Rivas, R.M. y Fernández, P. (1995). Self-esteem and value of health a determinants of adolescent health behaviour. *Journal of Adolescent Health*, 16, 60-63.

Rochón, A. (1991). *Educación para la salud. Guía práctica para realizar un proyecto*. Barcelona: Masson.

Rodriguez, A.R., Pérez-López, J. y Brito, A.G. (2004). La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres y padres tempranos. Un estudio preliminar. *Anales de Psicología*, 20, 95-102.

Ryan, R.S. y Travis, J. W. (1981). *The Wellness Workbook*. Berkeley, C. A.: Ten Speed Press.

Viguer, P. (2004). *Optimización evolutiva. Fundamentos del desarrollo óptimo*. Madrid: Pirámide.

Viguer, P. y Serra, E. (1996). Nivel socioeconómico y calidad del entorno familiar en la infancia. *Anales de Psicología*, 12, 197-205.

Vuyk, R. (1981). Optimizar el desarrollo: unas nociones teóricas y prácticas. *Infancia y Aprendizaje*, 16, 5-16.