



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
Departamento de Educación

TESIS DOCTORAL

**La crianza natural como modelo
emergente de educación emocional
en la familia. Análisis de prácticas de
crianza y de conversaciones de
mensajería instantánea en
una comunidad virtual de apoyo**

María José Gómez Herreros

Las Palmas de Gran Canaria. Noviembre, 2015

TESIS DOCTORAL

**La crianza natural como modelo
emergente de educación emocional
en la familia. Análisis de prácticas de
crianza y de conversaciones de
mensajería instantánea en
una comunidad virtual de apoyo**

María José Gómez Herreros

Las Palmas de Gran Canaria. Noviembre, 2015

Dirigida por el Dr D. Juan Carlos Martín Quintana
y la Dra. D^a. Rosa Marchena Gómez

A mi madre, a mi padre y a nuestra hija Nayra

AGRADECIMIENTOS

Gracias en destacado lugar, y no solo por protocolo, a los directores de este estudio.

Gracias a Juan Carlos Martín por la confianza mostrada en cada encuentro y por su valentía intelectual al mostrarme sus ganas de aprender como la mejor manera de enseñarme a avanzar.

Gracias a Rosa Marchena por su confianza, por su criterio sabio y por su manera de diluir con su amplia sonrisa los nubarrones del pesimismo investigador de los peores momentos.

A ambos, en abrazo conjunto, las gracias por regalarme la oportunidad de hacerme el caso justo para no quitarme este sueño de la cabeza. Por su ánimo, gracias a él, y gracias a ella, esta ha sido una tesis de familia, en familia y sobre familias.

Gracias a Adriana y a Angélica por su cuantitativa y categórica ayuda, por su generosidad y por su paciencia. Gracias a Víctor por su cálido apoyo personal disfrazado de ayuda técnica.

Gracias a Dani por su capacidad de comprensión y compromiso desde el minuto cero.

Mi familia. Gracias a la vida por la familia, por los maravillosos momentos que compartimos y construimos día a día. Gracias a mi hija por enseñarme tanto sin saberlo. Su gestación, nuestro parto y la crianza fueron el origen de este estudio, el impulso, la inspiración y la curiosidad de buscar caminos auténticos, y naturales que nos han regalado momentos inolvidables.

Gracias a su papá, Nacho, por ser, por estar, por su amor, confianza, apoyo, ayuda y presencia pero sobre todo por empujarme a soñar y acompañarme en el vuelo hacia todos mis sueños. Gracias por cuidarnos, protegernos y darnos aire para desplegar nuestras alas personales. Gracias por ser parte de esta crianza natural con tanto amor.

Gracias a mi padre y a mi madre por su cariño y apoyo constante, y gracias a mis hermanos por el ánimo recibido para emprender nuevos proyectos. Ojalá nunca desfallezca el mío como madre siguiendo su ejemplo de amor hacia sus tres hijos.

Gracias a la tribu de mujeres que se han ocupado de la crianza amorosa de Nayra mientras yo me dedicaba a otras crianzas en este estudio: las primas Rosalía y Natalia, las abuelas Pepa y Olvido, la tía Ramona, la tata Pepi, Wen, Dácil, Yanira, Ico y Lúa.

Gracias a los mayores expertos, expertas, asesores y asesoras de crianza jamás vistos en ningún congreso: Nayra, Alba, Norah, Paul, Hugo, Naroe, Claudia, Marina, Adriana, Irene, Fernando, Alberto, Mario, Lucía, Marta, María, David, Guillermo, Mara, Pablo, Ainhoa,

Lucía, Leo, Maelys, Surya, Óscar, Óliver, Martina, Adriana, Néstor, Nevi, Lia, Ian, Norah, Javier, Lucía, Valentina, Daniela y tantos más que siguen entrando en nuestra vida.

Gracias al colegio Montessori Vegueta, a Richard, Dácil, Inma, Guasi, Ylenia y Lara por respetar y acompañar los ritmos y emociones de Nayra y tantos otros corazones.

Gracias a mi compañera Rita por ampliar el camino de conexión emocional con las familias en la búsqueda incansable de la cultura de paz, y también al resto de compañeros y compañeras docentes que buscan día a día una educación respetuosa en ritmos y emociones.

Gracias a todas las mamás y papás con los que hemos compartido experiencias, al grupo *WhatsApp amnio* y a la tribu Blossom que me ha animado en las madrugadas: Yanira, Paula, Anne, Saioa, Goretti, Carmina, Hilda, Marina, Ruth, Silvia y Celes.

Gracias a las profesionales y a los profesionales que buscaron más allá y nos alumbraron otro camino. Gracias también a esos que nos intentaron asustar, pues el miedo nos hizo reaccionar con más instinto natural.

Gracias a Laura, Olga y Beatriz por un maravilloso parto natural en casa y una bienvenida a Nayra cálida e impregnada de amor y respeto.

Gracias a Sergio S. por su apertura mental y falta de prejuicio en el ejercicio de una medicina que ayuda a la naturaleza.

Gracias a Sergio F, nuestro querido etnopediatra y amigo, porque su compromiso, profesionalidad y atención cariñosa son ejemplo de una pediatría amable y natural.

Gracias a Diego D. por revolucionar equilibradamente nuestra manera de alimentarnos en familia de manera saludable.

Gracias a Enrique Rubio, Juan Rafael y Alicia por su apoyo en la fase previa a este estudio. Tanto que aprendí en aquellos encuentros inolvidables.

Gracias a todas las personas que han pasado y pasarán por mi vida, porque me han brindado oportunidades de sentir, pensar, actuar, crecer, amar y vivir.

Michel Odent suele decir al público en sus intervenciones que *para cambiar el mundo, es necesario primero cambiar la manera de nacer*. Yo, que por casualidad, era parte del público en aquella tarde de noviembre, con Nayra fuera de cuentas en mi barriga, recibí el último aliento de entusiasmo para acabar de cambiar mi pequeño mundo al tener la total certeza de que mi hija iba a nacer feliz, segura y tranquila en casa, solamente acompañada de personas a las que les agradeceré de por vida que me ayudaran a cambiar el mundo.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	23
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	31
1. Objetivos de la investigación cuantitativa.....	33
2. Objetivos de la investigación interpretativa	34

MARCO TEÓRICO

Capítulo I. Ciencia y crianza	37
1. Concepto de crianza y enfoque interdisciplinar	39
2. Influencia de la cultura y la biología en la crianza.....	41
3. Relación de la genética, la sociología, la etología y la evolución con la crianza.....	43
3.1. Genética y crianza.	43
3.2. Sociología, etología y evolución en la crianza.	46
Capítulo II. La crianza en el contexto familiar	51
1. La evolución del concepto de maternidad y paternidad	53
1.1. La maternidad.....	54
1.2. La paternidad.....	58

2. La familia	59
2.1. El concepto de familia.....	59
2.2. Perspectiva psicogénica de los modelos de crianza.....	61
2.3. Características y funciones de las familias.....	63
2.4. Enfoques para el análisis de las familias.....	65
3. La parentalidad	67
3.1. La transición vital a la parentalidad.....	68
3.2. Los estilos parentales.....	69
3.3. Parentalidad positiva.....	73
3.4. Las competencias parentales.....	75
3.5. Modelos de formación parental.....	83
4. Apoyo social en la crianza	86
4.1. Apoyo formal.....	89
4.2. Apoyo informal: grupos de apoyo virtual.....	92
Capítulo III. La crianza natural	97
1. El concepto de crianza natural.....	99
2. Los orígenes y las fuentes de la crianza natural	103
2.1. La teoría del apego.....	103
2.2. Antropología de la crianza.....	111
2.3. La etnopediatría.....	115
2.4. El concepto de <i>continuum</i>	118
2.5. La revolución calostrál.....	121
2.6. Biocentrismo y ecología profunda.....	123
3. El cuidado emocional y ético en la crianza natural.....	125
3.1. Cuidado emocional.....	125
3.2. Disciplina positiva.....	128
3.3. Ética del cuidado y derechos de la infancia.....	131
Capítulo IV. El inicio de la crianza natural: el embarazo y el parto.....	135
1. El embarazo	137
2. El parto.....	141
2.1. El parto natural.....	148
2.2. El plan de parto.....	160
2.3. El parto en casa.....	162

3. Las doulas.....	167
4. La prevención de la violencia obstétrica	169
Capítulo V. La continuidad de la crianza natural: prácticas y cuidados.....	173
1. La continuidad del contacto físico	175
1.1. El piel con piel.....	176
1.2. El método canguro.	179
1.3. El porteo.	183
2. Lactancia materna y alimentación complementaria.....	186
2.1. La lactancia materna.....	186
2.2. Alimentación complementaria y alimentación autorregulada.....	194
2.3. El consumo de probióticos y prebióticos.	198
3. Sueño infantil y colecho	202
3.1. El sueño infantil.	203
3.2. El colecho.....	205
3.3. Colecho, lactancia y síndrome de muerte súbita del lactante.....	208
4. Educación y cuidados del bebé.....	210
4.1. Atención al llanto.	211
4.2. Educación y escuela.	215
4.3. Pareja y crianza natural.	220

METODOLOGÍA

Capítulo VI. Caracterización. El marco de los métodos mixtos	225
---	------------

Capítulo VII. Líneas de investigación	235
--	------------

1. Caracterización de la metodología de investigación cuantitativa.....	237
1.1. Método.	237
1.2. Objetivos de la investigación cuantitativa.....	238
1.3. Participantes.	238
1.4. Instrumentos.....	241
1.5. Procedimiento.....	246
1.6. Análisis de los datos.....	248

2. Caracterización de la metodología de investigación interpretativa.....	254
2.1. El enfoque fenomenológico.	254
2.2. La etnografía virtual.	259
2.3. Objetivos y cuestiones de estudio.	261
2.4. El análisis de contenido como método de investigación.....	261
2.5. Diseño y fases del estudio.	271
2.6. Selección de la muestra.	277
2.7. Análisis de la información.....	278

RESULTADOS

Capítulo VIII. Resultados de la investigación cuantitativa	291
1. Escala de Percepción de los padres y las madres sobre las Competencias y Resiliencia Parental (Adaptada de Rodrigo, Martín y Cabrera, 2010).....	293
1.1. Interpretación de los factores	296
1.2. Análisis descriptivo	299
1.3. Validez Concurrente.....	299
2. Diferencias entre los modelos de crianza y las variables relacionadas con el embarazo, el parto y la crianza	302
3. Diferencias entre los modelos de crianza y las dimensiones relacionadas con la crianza utilizadas en esta investigación	309
4. Diferencias o no entre las madres según el grado de crianza natural	312
5. Crianza natural y su relación con diversas variables relacionadas con las prácticas de crianza	313
6. Crianza natural y su relación con las dimensiones relacionadas con la crianza	320
7. Análisis de Correlaciones de la Crianza Natural	323
8. Modelo de Crianza Natural.....	324
Capítulo IX. Resultados de la investigación interpretativa.....	327
1. Resultados de la pregunta inductiva.....	330
2. Resultados de la pregunta deductiva	411

DISCUSIÓN

Capítulo X. Discusión y comentarios de los hallazgos de investigación cuantitativa.....	427
1. Escala de la Percepción de los Padres y de las Madres sobre las Competencias y Resiliencia Parental (Adaptada de Rodrigo, Martín y Cabrera, 2010).....	429
2. Diferencias entre los modelos de crianza y las variables relacionadas con el embarazo, parto y crianza	430
3. Modelos de crianza y su relación con las escalas.....	435
4. Crianza natural y su relación con diversas variables	437
5. Crianza natural y su relación con las escalas	439
6. Variables que correlacionan y predicen la Crianza Natural.....	440
Capítulo XI. Discusión y comentarios de los hallazgos de investigación interpretativa	443
1. Discusión y comentarios de la pregunta inductiva de investigación.....	445
2. Discusión y comentarios de la pregunta deductiva de investigación	452
CONCLUSIONES, LIMITACIONES E IMPLICACIONES.....	457
BIBLIOGRAFÍA.....	475

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Conjunto de saberes y habilidades necesarias en los profesionales de ayuda (tomado de Rodrigo, Maíquez y Martín, 2011.)	80
Figura 2: Los tres paradigmas mayores de investigación, incluyendo subtipos de investigación de métodos mixtos (Johnson, Onwuegbuzie, and Turner, 2007).....	230
Figura 3: Diferentes posibilidades de diseño de investigación (Grotjahn, 1987).....	230
Figura 4: Prototipos de los principales diseños de métodos mixtos de investigación (Creswell y Plano, 2011)	232
Figura 5: Marco Metodológico de la Presente Investigación: Método Mixto de Diseño Incrustado de Dominancia Cuantitativa, en su variante Concurrente	233
Figura 6: Marco de referencia para el análisis de contenido de Krippendorff (1990).....	264
Figura 7: Procedimientos utilizados en el análisis de contenido (Krippendorff, 1990).....	265
Figura 8: Fases de preparación, organización y resultados del proceso del análisis de contenido. Elo y Kynga (2008)	272
Figura 9: Pasos del modelo de desarrollo de categorías inductivas (Mayring, 2000)	281
Figura 10: Medias de la Competencias Parentales de las Madres en función de su Edad....	301
Figura 11: Diferencias de los porcentajes de los Modelos de Crianza declarados por las Madres, según cómo perciben su Nivel de Preparación al Parto.	304
Figura 12: Diferencias de los porcentajes de los Modelos de Crianza declarados por las Madres, según si han tenido o no un Parto Natural.....	304
Figura 13: Diferencias de los porcentajes de los Modelos de Crianza declarados por las Madres, según si presentan o no un Plan de Parto.	305
Figura 14: Diferencias de los porcentajes de los Modelos de Crianza declarados por las Madres, según si hubo o no Contacto Piel con Piel.	306
Figura 15: Diferencias de los porcentajes de los Modelos de Crianza declarados por las Madres, según la forma en la que Duermen al Bebé.....	307
Figura 16: Diferencias de los porcentajes de los Modelos de Crianza declarados por las Madres, según las Razones para el Porteo.	308
Figura 17: Diferencias de los porcentajes de los Modelos de Crianza declarados por las Madres, según la Reacción del Bebé ante la Marcha de la Madre o el Padre.....	309
Figura 18: Medias de la Importancia a Necesidades Reales o No Reales de los hijos/as según el Modelo de Crianza.	310
Figura 19: Medias de las Actitudes de las Madres en función de su Modelo de Crianza. ...	312

Figura 20: Medias de la Competencias Parentales de las Madres en función de su Grado de Crianza Natural.	323
Figura 21: Resultado de Número de Intervenciones por Participantes.....	333
Figura 22: Resultado de número de Intervenciones por Categorías Temáticas.....	334
Figura 23: Resultado de Número de Intervenciones por Participantes de las Categorías Deductivas.....	413
Figura 24: Resultado de número de Intervenciones por Categorías Temáticas de las Categorías Deductivas.....	414

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Tipología de los estilos educativos (Maccoby y Martin,1983).....	71
Tabla 2: Conjunto de habilidades requeridas para la tarea vital de ser padres (Rodrigo et al., 2009).....	77
Tabla 3: Tipos de comunidades y funciones (Adaptado de Wenger et al., 2002).....	95
Tabla 4: Ventajas e inconvenientes del parto hospitalario frente al domiciliario. (Martínez, 2015).....	164
Tabla 5: Síntesis de las principales críticas y alternativas a la institución escolar desde la corriente desescolarizadora (Belando–Montoro, 2014)	217
Tabla 6: Características de los paradigmas cualitativos y cuantitativos (Reichardt y Cook, 1979).....	228
Tabla 7: Características Socio–demográficas de las Participantes.....	240
Tabla 8: Técnicas limítrofes del Análisis de Contenido (adaptado de Andréu, 2000)	263
Tabla 9: Términos Científicos y Naturalistas apropiados definir la Validez (adaptado de Guba y Lincoln, 1981 y 1994)	270
Tabla 10: Operaciones llevadas a cabo desde nuestra Investigación para fortalecer la Validez	271
Tabla 11: Determinación de las unidades de análisis de esta investigación	276
Tabla 12: Categorías Inductivas, Subcategorías y Reglas de Codificación	283
Tabla 13: Categorías Deductivas, Subcategorías y Reglas de codificación.....	287
Tabla 14: Análisis Factorial Exploratorio y Confirmatorio de la Escala de Percepción de los Padres y de las Madres sobre las Competencias y Resiliencia Parental.	294
Tabla 15: Estadísticos Descriptivos de las Competencias y Resiliencia Parental de las Madres.....	299
Tabla 16: Medias de las Competencias Parentales de las Madres en función de la Edad	300
Tabla 17: Medias de las Competencias Parentales de las Madres en función de la Edad de los/las Hijos/as.....	301
Tabla 18: Medias de las Competencias Parentales de las Madres en función de la Profesión de las mismas	302
Tabla 19: Medias de la Importancia a Necesidades Reales o No Reales de los hijos/as según el Modelo de Crianza.	310
Tabla 20: Medias de las Actitudes de las Madres en función de su Modelo de Crianza.	311
Tabla 21: Medias del Grado de Crianza Natural según su Situación Laboral.	313

Tabla 22: Medias del Grado de Crianza Natural según su Preparación al Parto.	314
Tabla 23: Medias del Grado de Crianza Natural según si han tenido un Parto Natural o no.	314
Tabla 24: Medias del Grado de Crianza Natural según si prepararon o no un Plan de Parto.	315
Tabla 25: Medias del Grado de Crianza Natural según el respeto de los y las Profesionales hacia el Plan de Parto.	315
Tabla 26: Medias del Grado de Crianza Natural según el tipo de Hospital en el que dieron a luz.	315
Tabla 27: Medias del Grado de Crianza Natural según si hubo o no Contacto Piel con Piel.	316
Tabla 28: Medias del Grado de Crianza Natural según el Descanso del Padre y de la Madre.	316
Tabla 29: Medias del Grado de Crianza Natural según la forma en la que las Madres Duermen al Bebé.	317
Tabla 30: Medias del Grado de Crianza Natural según el uso de Porteo y su Asesoramiento.	317
Tabla 31: Medias del Grado de Crianza Natural según las Razones para el Porteo.	318
Tabla 32: Medias del Grado de Crianza Natural según si consumen o no Probióticos.	318
Tabla 33: Medias del Grado de Crianza Natural según los Agentes de Crianza.	319
Tabla 34: Medias del Grado de Crianza Natural según la Reacción del Bebé ante la Marcha	319
Tabla 35: Medias del Grado de Crianza Natural según el Tipo de Emociones que despiertan las Tareas Parentales.	320
Tabla 36: Medias de la Importancia a Necesidades Reales o No Reales de los hijos/as en función del grado de Crianza Natural de las Madres	320
Tabla 37: Medias de las Actitudes de las Madres en función de su Grado de Crianza Natural.	321
Tabla 38: Medias de las Competencias Parentales de las Madres en función de su Grado de Crianza Natural.	322
Tabla 39: Correlaciones entre la Crianza Natural y los demás Factores Analizados.	323
Tabla 40: Modelos de Predicción Significativos realizados con Regresión Jerárquica para la Crianza Natural.	325

Tabla 41: Resultado de número de Intervenciones por Participantes y Temas de las Categorías Inductivas	331
Tabla 42: Resultado de número de Intervenciones por Participantes y Temas de las Categorías Deductivas.....	411



INTRODUCCIÓN

Introducción

La crianza está conociendo en estos últimos años un cambio significativo en nuestro país con el aumento de prácticas e ideas que eran poco frecuentes en la manera de abordar el nacimiento y el cuidado de los hijos e hijas. La primera de ellas tiene que ver con la conciencia de que la crianza da comienzo antes del nacimiento, lo que se traduce en una mayor atención de la madre hacia su estado físico y emocional porque sabe que es el primero de los cuidados que le puede ofrecer a su bebé. Esta conciencia de cuidado por el bebé hace que aumente el número de madres que se deciden por el parto natural, en el que se garantiza la conexión emocional del recién nacido con su madre, aparte de otros muchos beneficios expuestos en el marco teórico de esta tesis. Otras muchas prácticas de crianza que se están haciendo populares son: portear a los bebés, meterlos en la cama de los padres y madres, prolongar la lactancia, respetar los ritmos evolutivos de los niños y las niñas, tener mucho contacto físico, cuidar las emociones y acompañar el llanto, elegir alimentos equilibrados y ecológicos, y evitar la medicación convencional, lo que no implica el rechazo a las vacunas.

Todas estas prácticas, y algunas más que detallaremos, definen un modelo de crianza conocido por muchos nombres (crianza con apego, crianza respetuosa, crianza corporal, etc.), y que, en nuestro caso, denominaremos *crianza natural* porque creemos que es conceptualmente el más preciso al reflejar la esencia del modelo: dejar actuar a la biología/respetar lo biológico y natural en cada uno de los momentos decisivos de la crianza.

Este aumento de prácticas de crianza natural nos hizo preguntarnos si estamos en estos momentos ante un modelo de crianza emergente o tan solo ante la adopción de buenas prácticas de crianza cuyo origen se documenta en la crianza natural. Y esto, precisamente es lo que nos empujó a comenzar esta investigación, aparte del profundo interés y la búsqueda de algunas respuestas en torno al modelo de crianza natural.

Para saber si estas prácticas estaban generando la emergencia del modelo de crianza natural, nos acercamos a una muestra de madres y padres para que declarasen cómo estaban criando a sus hijos e hijas y para que nos dieran información sobre cómo actuaban ante determinadas situaciones. Para ello, elegimos una metodología de investigación cuantitativa (metodología selectiva de encuesta) que nos iba a permitir obtener datos fiables y contrastables sobre los factores que definir y predecir cómo y cuándo es más probable que este modelo se pueda adoptar.

Mientras desarrollábamos esta investigación cuantitativa, surgió la idea de acercarnos a algún colectivo de madres y padres que estuvieran criando para que nos dieran una información sobre cómo lo estaban haciendo, pero partiendo de sus experiencias y de la visión interna de protagonistas de una crónica diaria de sus vidas. En ese momento se iluminó la investigación al contar con una oportunidad inestimable que provenía de las circunstancias personales de la investigadora, y estas eran su participación en un grupo de mensajería instantánea formado por más de cuarenta personas, en su mayoría madres, que en ese momento estaban criando a hijos e hijas de menos de un año.

De este modo, surgió la otra investigación, que se incrustó dentro de la principal, pero esta vez desde una óptica metodológica cualitativa, etnográfica y fenomenológica, dado que se trataba de realizar un análisis de contenido de cinco meses de interacciones mantenidas entre madres y padres, lo que nos acercaría a la crianza real de estas personas a través de sus conversaciones virtuales. La riqueza de este documento es equivalente a la de cualquier registro de observación participante, con la ventaja de que ni siquiera en esos meses la investigadora y estas personas sabían que alguna vez la expresión de su experiencias iba a ser analizada en una investigación para determinar cuáles eran sus intereses e ideas y qué grado de cercanía al modelo de crianza natural demostraban.

Presentamos, por lo tanto, una investigación que realmente son dos, en una relación muy fructífera definida metodológicamente como de *métodos mixtos*, en la que la investigación cuantitativa persigue unos datos sobre la realidad investigada que se complementan con las vivencias y las experiencias analizadas en la investigación cualitativa. El planteamiento global es saber si realmente, desde la seguridad de los datos más la validez de las experiencias de vida, podemos afirmar que la crianza natural es un modelo emergente.

El marco teórico aborda de manera general, en los dos primeros capítulos, el concepto y origen de la crianza, sea cual sea su modelo, dedicando el primer capítulo a la relación que tiene con las diferentes disciplinas científicas que dicen algo sobre el complejo fenómeno de

la crianza, como son la biología, la genética, la sociología, y la etología, dado que cada una de ellas ofrece un marco de explicaciones sobre por qué ocurren los fenómenos que se producen en esa etapa del desarrollo humano, ya sea porque la naturaleza lo prescribe o las culturas lo acomodan a su manera de gestionar la vida.

Por ser la familia el marco tradicional de crianza, nos acercamos a ella en el segundo capítulo para saber cómo funciona como sistema y poder saber cómo se integran las prácticas de crianza dentro de sus esquemas de valores y creencias, lo que nos lleva a describir el modelo de la parentalidad positiva como marco en el que se detallan una serie de competencias que harán o no posible un modelo de crianza u otro. Cerca de la familia están los sistemas de apoyo formal e informal que actúan de manera directa sobre el tipo de crianza, algo que, en un nuestro caso, es de especial relevancia porque estudiamos a un colectivo de madres y padres en una relación de apoyo mutuo.

A partir de ahí, nuestro marco teórico se concentra en la definición del modelo de crianza natural y a rastrear su origen en la teoría del apego, en la antropología de la crianza, y en la disciplina de la etnopediatría que conjuga la visión de la biología con la etnografía cultural. Aparecen en esta aproximación conceptos esenciales para comprender la profundidad epistemológica de la crianza natural, como el del *continuum*, la revolución calostrual, el biocentrismo o la ecología profunda. Todos ellos nos permiten vislumbrar las primeras claves de lo que persigue y defiende este modelo: el cuidado emocional, la disciplina positiva y la ética del cuidado y los derechos de la infancia, algo que no está lejos, como veremos en otros muchos aspectos de la crianza natural, de las recomendaciones de los organismos nacionales e internacionales.

Dividimos entonces las prácticas que definen la crianza natural en dos capítulos, uno dedicado al comienzo de la crianza, y otro para hacer el seguimiento de los cuidados posteriores que garantizan la continuidad del modelo en el tiempo.

De este modo, en primer lugar, describimos las claves que definen cada una de las prácticas de crianza natural más relevantes para el modelo, como son la preparación consciente, emocional y física de la mujer en el embarazo, los beneficios para ella y su bebé de preparar un plan de parto natural, sea en casa o en un ambiente clínico, en el que la participación de las doulas es de gran valor. Aquí nos detendremos especialmente para analizar la transcendencia de ciertas prácticas como son el clampaje del cordón umbilical o la ingesta del líquido amniótico y la placenta. Finalmente, recogemos un apartado dedicado a algo que se está erradicando con más lentitud de la deseada: el maltrato que sufren madres y

bebés en algunas malas praxis clínicas durante el parto y el postparto, la denominada violencia obstétrica.

En segundo lugar, describimos la continuidad de la crianza natural en prácticas y cuidados como el piel con piel al nacer, el método canguro y el porteo, cuyo objetivo común es preservar la continuidad del contacto físico y emocional con el bebé, y facilitar de paso la lactancia materna, algo de importancia central en el modelo, tanto por los beneficios nutricionales como por el establecimiento de la relación de apego entre el bebé y su madre. A partir de ahí, se detallan las prácticas que permiten continuar la cercanía emocional y los beneficios para los niños y niñas desde muchos aspectos como son la atención al llanto, el sueño, el dormir todos juntos (colecho), la manera respetuosa de introducir la alimentación, y el consumo de probióticos y prebióticos como práctica preventiva. Finalmente, por un lado se describen las prácticas educativas que desean las familias a la hora de pensar en las escuelas que contemplen sus mismos principios de respeto, desarrollo emocional y atención a sus ritmos evolutivos, y por otro se reconocen los cambios en los modelos de paternidad y maternidad responsable que definen el nuevo modelo de parentalidad.

En cuanto a las metodologías de investigación empleadas, aunque no nos extenderemos aquí en el detalle de su descripción, queremos dejar constancia del enorme aprendizaje que supone contemplar un mismo campo de estudio desde dos paradigmas de investigación clásicamente presentados como opuestos, pero que en nuestra investigación hemos constatado que se dan la mano de una manera enriquecedora, sacando a la luz un conocimiento más integrado y coherente sobre la crianza natural.

Concluimos avanzando un aspecto de la realidad que nos ha mostrado esta investigación: la dificultad expresada por las madres para desarrollar junto a sus parejas estas prácticas naturales frente a la facilidad con la que se desarrollan otras prácticas artificiales totalmente asumidas y normalizadas en nuestra sociedad. Las prácticas de crianza natural son señaladas, cuestionadas y criticadas, y sin embargo, sus opuestas son legitimadas sin esfuerzo alguno. Nadie se cuestiona que un bebé duerma en una cuna, pero para poder recomendar hacerlo en colecho hay que demostrar con estudios contrastados sus beneficios e inocuidad. Nadie ve peligros en que un niño o una niña se transporte en el carrito de bebé, pero las personas suelen dirigirse en la calle a los padres y madres que portean para prevenirles de todo tipo de peligros.

Citábamos antes las coincidencias entre los aspectos que promueve la crianza natural y las recomendaciones de los organismos nacionales e internacionales, dirigidas a particulares,

profesionales e instituciones sanitarias, y que en muchos casos se quedan en el papel. Esto nos hace pensar que el modelo de crianza *natural* defiende, a contracorriente y de manera un tanto paradójica, la implementación de las prácticas citadas en esos documentos, por lo que también podríamos contentarnos con denominar al modelo como de crianza *oficial*. Esta es una de las razones por las que esta investigación quiere saber más sobre cómo se produce, predice y comporta el modelo de crianza natural, para contribuir, en la medida de sus humildes pretensiones y aportaciones, a hacer algo para que, lo que se reconoce como lo mejor, alcance cada vez a más madres y padres, lo que equivale a mejorar sustancialmente las vidas presentes y futuras de nuestros hijos e hijas en esta sociedad tan necesitada de paz, empatía y cooperación.



OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivos de la investigación

Esta investigación, según lo expuesto en la introducción, se centra en indagar una serie de aspectos relacionados con la manera en la que los padres y, principalmente, las madres desarrollan sus prácticas de crianza con sus hijos e hijas para determinar en qué medida su modelo se acerca o se aleja del modelo de crianza natural.

Con la finalidad de responder a este planteamiento general, se diseñaron con una metodología de métodos mixtos dos investigaciones (una cuantitativa y otra interpretativa) que pudieran complementarse en la iluminación de un mismo campo de estudio.

Se presentan, en primer lugar, los objetivos de la investigación cuantitativa y, en segundo lugar, los objetivos de la investigación interpretativa.

1. Objetivos de la investigación cuantitativa

Objetivo General

Analizar las características de la crianza natural y las diferencias con respecto a otros modelos de crianza (combinado y tradicional), así como conocer los factores que predicen la crianza natural.

Objetivos específicos

Objetivo 1. Adaptar una escala para evaluar la percepción de los padres y las madres sobre las competencias y la resiliencia parental.

Objetivo 2. Comprobar la estructura factorial de la escala para evaluar la percepción de los padres y las madres sobre la percepción de las competencias y la resiliencia parental.

Objetivo 3. Comprobar la validez concurrente de dicha escala con variables criterios significativas de la crianza natural: lugar de residencia, edad de las madres, situación laboral, profesión, nivel de ingresos económicos y si su profesión se relaciona con el cuidado a personas.

Objetivo 4. Analizar las diferencias significativas entre las variables relacionadas con las prácticas de crianza y cuidado, según modelos de crianza y el nivel de crianza natural.

Objetivo 5. Determinar a través de análisis de regresión el conjunto de variables relacionadas con las prácticas de crianza y cuidado que mejor predicen la crianza natural.

2. Objetivos de la investigación interpretativa

La decisión de plantear una investigación cualitativa incrustada en una investigación cuantitativa obedeció a la intención de obtener una visión cercana sobre cómo se desarrollaba la crianza en un ámbito cotidiano de madres y padres con bebés de pocos meses partiendo de las intervenciones que realizaban de manera regular en una aplicación de mensajería instantánea. Nos interesaba entrar tanto en su mundo de creencias como en el de su sistema familiar y en el de su apoyo informal, y no conformarnos sólo con una mera descripción y catalogación de sus prácticas.

Las intenciones de obtener conocimiento de manera fenomenológica sin ningún marco hipotético previo se mezclaban con la intención clara de saber hasta qué punto las prácticas de crianza declaradas en ese grupo se podían asimilar o no, o decidir en qué grado, a las prácticas más representativas de la crianza natural.

De este modo, y tras múltiples prototipos de preguntas que trataban de conciliar ambos intereses, se llegó a las siguientes formulaciones:

- 1. ¿Sobre qué temas conversan las personas participantes en el grupo?*
- 2. ¿Cuáles son las evidencias que permiten afirmar que se realizan en ese grupo prácticas de crianza natural?*



MARCO TEÓRICO

Ciencia y crianza

1. Concepto de crianza y enfoque interdisciplinar
2. Influencia de la cultura y la biología en la crianza
3. Relación de la genética, la sociología, la etología y la evolución con la crianza
 - 3.1. Genética y crianza.
 - 3.2. Sociología, etología y evolución en la crianza.

Capítulo I. Ciencia y crianza

La comprensión de la crianza como fenómeno humano requiere de una visión interdisciplinar en la que es necesario considerar las dimensiones culturales, antropológicas, biológicas, genéticas, sociológicas, filosóficas y etológicas que abordaremos en este capítulo.

1. Concepto de crianza y enfoque interdisciplinar

Antes de abordar estas múltiples intersecciones, es necesario realizar un acercamiento a las definiciones del término *crianza* para reconocer los elementos básicos del concepto. El origen etimológico del término *crianza* está vinculado a la palabra latina *creare* que significa crear, producir de la nada, engendrar, procrear y, según Camels (2004), “se registra a fines del s. XI con la acepción de «nutrir a un niño, a un animal» o luego como «instruir, educar»” (p. 19). La relación de la crianza como periodo de nutrición se puede comprobar en la misma definición que proporciona la RAE, en la que la vincula directamente con el periodo de lactancia.

Sin embargo, las descripciones de la crianza se tiñen muy pronto de valores y de visiones asociadas, empezando por las que amplían metafóricamente el sentido de nutrirse y de crecer, que son ya convertidos en conocimientos y aprendizaje. De ese modo, Eraso, Bravo y Delgado (2006) conciben la crianza como un entrenamiento de los hijos/as y como conocimientos, actitudes y creencias de los padres y las madres respecto a cuestiones infantiles de salud, nutrición y aprendizaje en el hogar.

La crianza es vista como un acto de provisión, pero en este caso de una base segura por parte de los adultos de referencia del niño o la niña a partir de la cual este pueda realizar salidas al mundo exterior y regresar con la certeza de que será bien recibido y alimentado

física y emocionalmente (Salvia y Tuñón, 2011). De este modo, la crianza se concibe como el proceso en el que los niños y las niñas descubren el mundo a través de la socialización familiar y el entorno más próximo. De ahí la importancia de la interacción con los padres y madres, cuidadores primarios, educadores, familiares y amigos con el niño o la niña en la construcción de un marco de protección, nutrición y estabilidad emocional para socializarse y construir una estructura de confianza básica.

En esta misma profundización del sentido emocional de la crianza, López (2014) la describe como un momento en el que se establecen vínculos de todo tipo, incluidos afectivos y cognitivos, donde se construyen y reconstruyen aprendizajes a través de la socialización de niños/as y adolescentes de manera más o menos consciente en una relación mutua que influye en el desarrollo de ambos.

Este primer acercamiento al concepto de crianza permite vislumbrar ya cómo los aspectos de entrenamiento, formación, protección, nutrición, cuidado y establecimiento de vínculos con los niños y niñas por parte de sus padres y madres pueden verse claramente influidos por cuestiones de carácter cultural, biológico, evolutivo, antropológico, etc. Es necesario, pues, acercarse a estas disciplinas tanto para comprender cada punto de vista específico como para poder reunirlos todos en un panorama general interdisciplinar.

La primera complejidad deriva del propio fenómeno biológico y social del cambiante desarrollo humano, complejidad descrita por Myers (1993, citado en Utria, Zanello, Amary Martínez, 2015) como multidimensional, potencial, continua, integral y adaptativa, en un desarrollo que comienza desde antes del nacimiento y se prolonga a lo largo de la vida de manera indivisible en una integración de procesos biológicos, psíquicos y sociales.

Las multidimensionalidad ofrece una variedad de componentes que ayudan a contemplar el poliedro del cuidado de la infancia. Según Utria et al. (2015), se reconocen tres subsistemas en los que se dan los procesos del desarrollo infantil: lo que le ocurre al niño internamente, lo que le ocurre en su interacción con los otros y la influencia del ambiente en el cual el niño/a se relaciona. De este modo, la realidad biológica y la realidad social interactúan y se relacionan para permitir que desde la fecundación se vaya construyendo su vida humana.

Para abordar el desarrollo de la infancia en cada uno de esos niveles de interacción e interrelación, es necesario recurrir a una visión interdisciplinar que permita generar conocimientos más comprensivos. Es evidente que una realidad así de compleja requiere de

un enfoque holístico para abordar una explicación del desarrollo infantil en el que se integren y hagan confluír todas estas dimensiones, subsistemas y elementos en interrelación constante.

2. Influencia de la cultura y la biología en la crianza

Esta investigación tiene muy presentes las razones que más influyen en nuestros modelos actuales de crianza partiendo de las relaciones biológicas y culturales que describen la naturaleza y la conducta humana. Álvarez (1996) nos recuerda que fue el antropólogo Malinowski el que intentó elaborar una visión sistemática del concepto de naturaleza humana dentro del paradigma evolucionista. Para ello se inspiró y reelaboró las ideas de Dewey, quien, a pesar de defender la capacidad de cambio de la naturaleza humana, sostenía que esta posee una determinada constitución inmutable asentada en componentes innatos. En base a ello, Malinowski describió la naturaleza humana como una síntesis de instintos y hábitos.

Los instintos y los hábitos nos conducen al binomio biología–cultura, dualidad esencial para entender la conformación y significado del ser humano. Al estudio de esta dualidad se han dedicado múltiples profesionales, en algún caso para reflexionar sobre el peligro de los reduccionismos en la explicación de la naturaleza humana. De esta manera, Sellés (2007) aborda esta dualidad afirmando que una no explica a la otra y viceversa. Si predomina la biología humana, esta intentará explicar la cultura y viceversa.

Prestaremos atención en esta investigación tanto a la perspectiva biológica como a la perspectiva cultural, conscientes de la mutua influencia de una sobre la otra. En lo que a la crianza se refiere, reflexionaremos sobre las razones biológicas o culturales que han podido hacer olvidar o transformar prácticas parentales en detrimento del bienestar de las familias y, sobre todo, de los bebés.

Como ya se ha puesto de manifiesto, la comunidad científica se divide en este asunto más por una perspectiva que por la otra, ya sea la cultural o la biológica, por lo que habrá que prestar especial atención a aquellas visiones que intenten explicar, de manera conjugada, la una en función de la otra.

Por ello, este marco teórico se fijará especialmente en aquellas normas o restricciones culturales que han ido invadiendo los mandatos biológicos del nacer y del crecer desde el embarazo a la crianza pasando por el parto, obviando los instintos y las necesidades de los bebés, de los padres y de las madres, y alterando estas interacciones que indica el instinto con artificialidad, poca argumentación empírica y distanciamiento de nuestra condición biológica.

Los instintos están relacionados con cuestiones psíquicas pero tienen origen biológico, dado que se trata de una pauta hereditaria de comportamiento, lo que implica una reacción programada ante una situación. Este tipo de respuestas es característica de los animales pero de manera más atenuada están también presentes en el ser humano con finalidad adaptativa para la supervivencia y evolución de la especie.

Las corrientes biologicistas distinguen dos tipos de instintos en el ser humano: el de supervivencia y el de reproducción. Cuando nos adentremos en el modelo de crianza natural, nos remitiremos en varias ocasiones al instinto de supervivencia que manifiestan los bebés. Ese instinto les lleva a reclamar la atención de las personas que les cuidan para satisfacer sus necesidades básicas.

No todo se explica al invalidar lo cultural o lo biológico, porque más allá de los impulsos y tendencias naturales no es posible lograr una perspectiva holística desde la que comprender el fenómeno de la crianza. Según Garrido (2012) centrarnos en lo cultural nos aleja de nuestra naturaleza y definirnos solo biológicamente nos simplifica.

Si la biología ya es compleja por sí misma, la unión de la cultura impregna todas las esferas de la vida con los condicionamientos sociales, económicos, políticos, históricos, filosóficos, espirituales, ambientales, biográficos, ideológicos, tecnológicos, de género, etc., lo que provoca el desarrollo de múltiples modelos y pautas de crianza en diferentes zonas geográficas. Por ello la antropología aporta información valiosa sobre los diferentes modelos de crianza en los cinco continentes.

El estudio de la cultura a través de la antropología nos acerca a las formas particulares de la vida de un grupo humano de un período analizando elementos tales como sus valores, costumbres, normas, estilos de vida, formas o implementos materiales, la organización social, entre otros. Más adelante tendremos oportunidad de describir de manera pormenorizada hallazgos antropológicos relacionados con la crianza en distintas culturas.

En nuestro acercamiento a las diferencias culturales de crianza en los diferentes países será necesario considerar la advertencia realizada por la UNESCO en el año 1999 respecto al fracaso que supone determinar un único modelo de crianza. Nos permitimos la extensión de la cita tanto por la autoridad de la fuente como por su elocuencia para relativizar lo cultural:

La comparación entre el desarrollo del niño en la primera infancia en los países del Norte y en los del Sur prueba que hay que concertar lo tradicional con lo moderno y que encierra aspectos válidos todo enfoque que parta de los intereses patentes del niño. Así, por ejemplo, se ha demostrado empíricamente que los niños africanos criados en la espalda de sus madres a la

manera tradicional africana adquieren en su primer año de vida capacidades físicas con más rapidez que los niños europeos de la misma edad criados en cunas. Asimismo, los niños a quienes desde edad temprana se encargan tareas como ir al pozo a buscar y medir agua, se independizan antes y son más capaces de resolver problemas que los niños de su misma edad que, al recibir una atención constante de sus padres, adquieren una gran capacidad lingüística, pero poseen un escaso sentido de la responsabilidad. En lugar de tratar de determinar un único modelo válido, es, pues, importante fomentar diversos modelos, a sabiendas de que hacen falta varios, no sólo para los distintos países, sino también para las distintas comunidades que poseen una cultura y unos valores propios. Está igualmente claro que mezclar métodos tradicionales y prácticas modernas es una posible manera de impulsar la generalización del desarrollo del niño en la primera infancia. No cabe emplear los criterios propios de una comunidad o país como referencia para otras situaciones. (UNESCO, 1999, p. 11)

Este acercamiento nos sirve de marco de partida para constatar la necesidad de un enfoque biocultural para el estudio de los fenómenos que se dan en la infancia, la parentalidad y la crianza, al mismo tiempo que nos hace conscientes de la necesidad de que ese estudio sea respetuoso con las prácticas de las distintas comunidades y culturas en el intento de que los propios grupos y protagonistas conozcan y valoren la fusión de prácticas tradicionales con prácticas modernas, y que atiendan como dice la UNESCO a los intereses patentes del niño.

3. Relación de la genética, la sociología, la etología y la evolución con la crianza

La crianza es, desde la visión de muchas disciplinas científicas, un momento crítico en el desarrollo humano imposible de explicar desde una sola perspectiva, desde una sola ciencia, desde una sola cultura, desde una sola práctica. De ahí la emergencia de paradigmas mixtos y de entrecruzamientos disciplinares que intentan iluminar con diferentes focos este escenario de abundantes zonas en penumbra, muchas de ellas lamentablemente emborronadas por prácticas científicas y culturales poco respetuosas con la naturaleza del bebé.

3.1. Genética y crianza.

El valor de la genética como modelo explicativo del comportamiento humano, y en concreto para la crianza, reside en que dirige la mirada desde lo cultural a lo biológico para encontrar las claves del funcionamiento social, lo cual nos parece clave a la hora de enmarcar teóricamente las diferentes concepciones de la crianza como momento especial del desarrollo humano en el que entran en juego (y en conflicto) los dictados de la naturaleza y de la cultura. Moreno (1995) afirma que “la genética de la conducta ha intentado precisar el influjo de lo hereditario en el comportamiento, más allá del nivel instintivo elemental” (p. 5). Si una gran

parte de la comunidad investigadora se ha dedicado al estudio de lo cultural y lo biológico en términos de inclinación por una u otra tendencia, los genetistas se han dedicado al estudio de la influencia de la genética en nuestros comportamientos sociales. Entre estos comportamientos están presentes las conductas de niños, niñas, padres y madres, dado que parten de la concepción de que todas las conductas humanas, incluso las que son moldeadas por la cultura, tienen una base genética.

Según Wilson (2004), la conducta social está genéticamente determinada de modo que el componente biológico a nivel general y el componente genético en particular parecen erigirse en causa de nuestro comportamiento. Desde este planteamiento, determinados autores advierten de los riesgos de estas afirmaciones. Moreno (1995) advierte de que atribuir los problemas sociales a causas genéticas implica calificar estas situaciones de inalterables sin valorar acciones de prevención o intervención. Acumulamos experiencia en este tipo de intervención ambiental en el ámbito educativo, sanitario o social y se empiezan a dar los primeros pasos en intervenciones de tipo genético o biológico. Es necesario y ético no abandonar estas necesarias intervenciones hasta tener más información de la influencia genética.

En la actualidad parece quedar atrás este predeterminismo genético en la epigénesis probabilística del desarrollo humano, siendo ya indiscutible la intervención de los factores contextuales en la construcción del desarrollo. Como ejemplo trabajos genéticos centrados en las relaciones entre cuidados parentales y apego infantil de tipo seguro han encontrado que la mayor asociación entre ambas variables no se explica por aspectos genéticos, sino por el ambiente. Esto nos motiva por la posibilidad de cambio y mejora de los contextos infantiles.

Las actuaciones en el ámbito familiar, social, sanitario y escolar posibilitan prácticas de crianza y educativas saludables, respetuosas, de atención profesional y mejora del bienestar de todos los implicados. Las pautas de crianza son claves para el desarrollo de niños y niñas, la construcción de ambientes más amables y adaptados a las necesidades del embarazo, el parto y la crianza son determinantes para este desarrollo. Estos ambientes precisan de la consideración, profesional y familiar, de información biológica, cultural, evolutiva y emocional que ayude a entender de dónde emanan instintos, necesidades, normas, pautas y prácticas.

La genética puede orientar un tipo de conducta pero las intervenciones ambientales de madres, padres, cuidadores y cuidadoras en los primeros meses de vida, e incluso antes, constituirán la base socioemocional modificable del desarrollo evolutivo, cognitivo, social y

emocional posterior de nuestras niñas y nuestros niños. Utilizamos el término modificable desde la perspectiva de que, en los aspectos citados, se puede influir y producir cambios con acompañamiento, información y formación de las personas responsables del bienestar, salud, educación y socialización de los bebés e infantes y sus familias.

Gracias al avance científico–tecnológico ha mejorado el conocimiento y los descubrimientos neurológicos, lo cual ha permitido evidenciar cómo el cerebro cambia a lo largo de la vida, y cómo desde la concepción hasta los seis años, se marca la pauta para el desarrollo de las habilidades y aptitudes. El momento de mayor velocidad en el desarrollo cerebral ocurre entre el nacimiento y los tres años de edad, sin embargo, el desarrollo cerebral en su máxima expresión no se genera de manera espontánea sino a partir de las experiencias con los diferentes elementos del medio que van dando forma a las conexiones del cerebro. De esta manera, el desarrollo del cerebro es el resultado de la interacción de la naturaleza en la herencia biológica o genética, y la crianza en las experiencias (Utria et al., 2015).

Hay poca nitidez en el intento de atribuir lo natural a la herencia genética y lo cultural a los aprendizajes. Para Reynier de Espinoza (2014), esta separación se dificulta si se invierte el planteamiento mirando lo natural como derivado del aprendizaje y lo cultural de la genética. De este modo, queda patente que en las personas no hay reglas estables y certeras para diferenciar lo heredado y lo adquirido. La interdependencia entre un elemento biológico y su entorno se encuentra en los diferentes niveles biológicos: gen, proteínas, órgano, sistema de órganos. Esta interdependencia se encuentra también entre el organismo en su totalidad y su ambiente físico y social. En todos los niveles, biológicos y psicosociales, cada elemento es también una parte del ambiente de otros elementos de modo que la distinción entre naturaleza y cultura se vuelve difusa y esquiva.

En cuestión de genética y maternidad los estudios actuales se centran en la maternidad subrogada o delegada en las que una madre aporta el material genético y otra mujer gesta al bebé. En estos casos, la genética, con la prueba de ADN, determina la filiación de las primeras. Grau y Fernández (2015) sostienen que esta y otras realidades actuales hacen que se produzca la disociación entre maternidad/paternidad biológica, genética y social apareciendo diferentes relaciones conyugales o filiales y parejas conyugales, parentales y progenitoras, diferenciación entre sexualidad y reproducción, así como distintas parentalidades (biparentalidad, heteroparentalidad, monoparentalidad, homoparentalidad, coparentalidad y pluriparentalidad) con repercusión legal, ética, psicológica, sanitaria y educativa.

La personalidad también se presenta como una mezcla de genes y ambiente, una compleja combinación de biología y aprendizaje. La interpretación etnopediátrica analiza la personalidad teniendo en cuenta la herencia genética y el medio de desarrollo. Dentro de la personalidad, el temperamento se considera la parte más biológica del conjunto y la más difícil de modificar (Small, 2006). Aunque los científicos consideran posible evaluarlo según reacciones visibles a estímulos, los psicólogos investigan el temperamento en bebés e infantes, porque de ser innato, debe ser comprobable desde el principio (nacimiento). Por otro lado, como abordaremos en el capítulo relacionado con el embarazo y el parto, parece que las primeras experiencias emocionales y vivenciales también influirán en la personalidad y conducta de los niños y las niñas. La reacción al llanto en los primeros meses también es una de las bases de la comunicación con los padres y de la idea que se forjan sobre la personalidad del niño o la niña.

La personalidad no está determinada antes de nacer, no es innata o imposible de modificar, de hecho, la personalidad es permeable en función del tipo de crianza y la cultura podría influir incluso en el temperamento antes del nacimiento. La alimentación y salud de la madre, el grado de actividad física o psicológica, el contexto general debe afectar al feto en desarrollo, aunque es imposible determinar en qué grado. Garrido (2012) también menciona la interacción de genes y crianza como factor determinante del temperamento y la personalidad, aunque en la actualidad no se pueda determinar qué grado corresponde a cada uno.

3.2. Sociología, etología y evolución en la crianza.

La sociología nos ayuda a ampliar la perspectiva del fenómeno de la crianza al englobar en su campo de estudio otras realidades sociales, tanto animales como humanas. La sociobiología, en concreto, no se limita al estudio de las sociedades animales o de las formas de la vida social animal sino que aborda las bases biológicas en todas las clases de organismos (Wilson, 2004). Es fundamental tomar conciencia de la fusión de planos que se dan en la crianza como hecho determinado socialmente, pero también como “hecho animal” en el sentido que le da la sociología como ciencia no exclusivamente humana sino que más bien, ciencia natural de hechos sociales, tanto de animales como de humanos, que en el último caso son hechos institucionales. Los hechos institucionales son declaraciones que los humanos creamos, como postula Hernández (2015).

De este modo, no sólo la etología nos aporta información interesante sobre el mundo animal sino también la sociología a través del estudio de las relaciones entre los instintos y las

conductas en animales y humanos. Más adelante abordaremos estudios e investigaciones relacionadas con el ámbito sociológico y etológico que han servido de origen y fundamentación para determinadas prácticas de crianza.

Para avanzar en la comprensión de los factores que influyen en nuestros modelos pasados y actuales de crianza es conveniente atender a los aspectos de evolución que motivan diferencias en la atención y cuidado de niños y niñas y que en muchos estudios se vinculan al ámbito sociológico y etológico.

Spitz (1965) describió entre los animales infrahumanos a los precociales, los precociales cubiertos y los altriciales, en función de su necesidad de cuidado tras el nacimiento. Unos nacen con un alto nivel de desarrollo –precociales– que les facilita la subsistencia con cuidados mínimos de su madre. Otros, como los precociales cubiertos, nacen capacitados para caminar y dotados de una amplia variedad de pautas de conducta heredadas que asegurarán su supervivencia como individuo y también como especie. La adaptación en el precocial no es cuestión de ontogenia sino de la supervivencia de los más capaces. Por el contrario, los llamados altriciales nacen extremadamente inmaduros, indefensos y desvalidos y por ello insuficientemente dotados para subsistir sin la ayuda de algún miembro de su especie. Durante el período de desvalimiento va adquiriendo la conducta de sobrevivir mediante el aprendizaje del proveedor maternal. El “cachorro humano” nace demasiado pronto y comportamentalmente se parece a la clase de los altriciales. Necesita una ayuda total no solo para su subsistencia sino también para la adquisición de los aprendizajes básicos necesarios para el desarrollo como el caminar bípedo, el juego, el habla y las relaciones sociales en suma.

Sin embargo, este autor planteó algo más, decisivo para comprender las especiales condiciones que requiere la crianza en el caso de los humanos, y es que, justamente en esa insuficiente maduración biológica con la que el cachorro humano nace, es donde está la alta capacidad de adquisición de aprendizajes. Es decir, que a mayor maduración filogenética menor capacidad de adquisición de un amplio repertorio de capacidades y a la inversa. La alta capacidad de aprendizaje de los sujetos de la especie humana está pues vinculada a la inmadurez y el desvalimiento originario.

Vemos así como algunas de las características más peculiares de nuestra especie respecto a nuestro desarrollo inicial se visibilizan en el momento del nacimiento e incluso antes. Nuestra cualidad como seres altriciales, indefensos y poco desarrollados redundará en una prolongada inmadurez. La naturaleza inventó la manera para que los bebés nacieran antes y el cerebro terminara de crecer y desarrollarse tras el nacimiento.

Distintas teorías evolucionistas explican las causas de un nacimiento precoz en los humanos. Bien por la necesidad de estimulación del medio extrauterino, bien por la necesidad de fuentes de alimento más ricas que las intrauterinas o por los cambios anatómicos de la pelvis y el conducto natal, productos de la evolución de la postura vertical y el bipedismo, que limitaron el crecimiento máximo del cráneo del feto humano acelerando el nacimiento.

Estas razones explican la causa de nuestra inmadurez prolongada, de nuestro nacimiento precoz y de la continuación de la gestación fuera del útero, período conocido como exterogestación o “los segundos nueve meses de embarazo” en referencia a cómo durante los primeros nueve meses el bebé necesita continuar sintiendo el calor, la protección y el confort que sentía dentro de su madre mientras se adapta a su vida extrauterina. Cuarenta semanas de embarazo es poco tiempo de gestación para el ser humano pero como mencionamos antes cuestiones evolucionistas determinaron el acortamiento del embarazo en las mujeres.

Esto nos lleva a pensar en otros mamíferos que también nacen con una inmadurez manifiesta que logran superar gracias al contacto constante con su madre y la lactancia continuada: hablamos de los canguros. Mencionamos a este animal por dar nombre a un método implementado con éxito y que abordaremos en un capítulo posterior: el método canguro. Esta inmadurez y necesidad de contacto físico es mayor a menor edad del bebé y en el caso de bebés prematuros se convierte en clave para su vida. En el caso de los seres humanos a falta de bolsa marsupial y necesitados de ese período de gestación fuera del útero los bebés reclaman el contacto físico continuado con sus madres, sus padres, cuidadoras o cuidadores, los cuales se lo proporcionan sosteniéndolo en brazos o porteándolo el mayor tiempo posible.

Sánchez (2013) relata cómo a principios del siglo XX los pediatras Chapin y Knox informaban y documentaban la muerte del 90% y el 100% de cientos de bebés menores de dos años institucionalizados. Otro pediatra, Talbot, en una visita a Alemania antes de la Primera Guerra Mundial, encontró solución para poner remedio a esas dramáticas cifras en una clínica de Dusseldorf al comprobar que Anna, una señora mayor de la institución, llevaba en brazos a los niños y les brindaba amor, encontrando en este afecto remedio a la prevención del marasmo, un tipo de desnutrición en ausencia de lactancia materna temprana. Gracias a este hallazgo se incorporó en los hospitales pediátricos el concepto de “maternaje” para el cuidado de los menores de un año que estaban internados y se evidenció la importancia del contacto físico y afectivo en los primeros meses de vida. En otras palabras, el amor tiene poder curativo y capacidad para sanar déficits relacionados con falta de apego, vínculo y afectividad

en cualquier edad pero de manera prioritaria en el embarazo y primera infancia. Más adelante nos adentraremos en la importancia del apego, el vínculo y el contacto físico para el bebé y su familia.

En los primeros años de vida, el cerebro seguirá creciendo a ritmo fetal. Por tanto, durante estos primeros años de vida el cerebro es muy vulnerable y su desarrollo dependerá muchísimo de las experiencias emocionales del niño. Hay autores que establecen periodos distintos de exterogestación hasta los 20–21 meses de gestación o hasta que el bebé gatea. La exterogestación tendrá efectos decisivos en nuestro mundo social como recoge Rochat (2004) al afirmar que la precocidad del nacimiento afectó al mundo social pues la inmadurez generó dependencia y necesidad de supervisión social en los recién nacidos, a lo que se suma la necesidad de una dedicación especial de los padres y las madres en comparación con otros primates no humanos.

En la actualidad, la mayoría de profesionales entienden la importancia de respetar los ritmos evolutivos de los bebés así como de satisfacer sus necesidades en etapas tempranas evitándoles episodios de estrés y llanto prolongado que provoquen elevados niveles de cortisol en sus cerebros y la correspondiente posibilidad de daño o secuela. También van en aumento los profesionales y familias con competencias emocionales para garantizar el desarrollo emocional y afectivo de los menores.

Aquí se suscita implícitamente la necesidad de desaprender ciertas prácticas que los humanos incorporamos en el siglo pasado al parto rodeándolo de intervencionismo, medicalización y “humanización” dando como resultado en algunas ocasiones, como veremos más adelante, situaciones de separación y sufrimiento para las madres, los bebés y los padres. Así como determinadas prácticas de crianza que han promovido la no atención al llanto y las emociones del bebé en el intento de que los bebés regularicen patrones de sueño o conductas para las que no se encuentran preparados desde el aspecto madurativo, biológico, cognitivo y afectivo. Una de las razones de esa falta de preparación en los bebés la encontramos en el desarrollo de tres tipos de cerebro.

Los investigadores constatan la existencia de un cerebro reptil o reptiliano, otro emocional y un último racional. El cerebro reptil regula las funciones fisiológicas involuntarias del cuerpo, a nivel instintivo como el hambre, la digestión o la respiración. El cerebro mamífero o emocional almacena emociones y recuerdos a la vez que controla la ira, el miedo, la rabia, o la angustia de separación. El cerebro racional o neocórtex desarrolla la conciencia y las capacidades cognitivas relacionadas con la memoria, la concentración,

autorreflexión o la resolución de problemas. Los dos primeros forman el cerebro emocional inconsciente y el tercero, el cerebro racional consciente. Es importante destacar que los recién nacidos y los bebés pequeños solo tienen desarrollado el cerebro emocional inconsciente por lo que, cuando reclaman atención, contacto y afecto, no lo pueden hacer desde la manipulación del adulto, para lo que necesitarían tener desarrollado el cerebro racional consciente.

En relación a la existencia de estos diferentes cerebros en la mujer y su influencia en el parto, autores como Odent (2007) instan a la mujer a conectarse con su cerebro emocional inconsciente y desconectarse de su cerebro racional consciente (el neocórtex) para favorecer de modo instintivo las condiciones óptimas y favorables para un parto natural o “mamífero”. Para este autor, un parto natural, respetado o mamiferizado es la mejor manera de dar la bienvenida a un bebé en este mundo y base de personas y sociedades más saludables y pacíficas.

Terminamos así con esta idea en el intento de reflejar dos aspectos primordiales que se funden en el acercamiento a la crianza desde la perspectiva sociológica y etológico–evolutiva: su dimensión afectiva, profundamente arraigada en el desarrollo evolutivo de nuestra naturaleza animal, y su dimensión social en la búsqueda consciente de un desarrollo armónico que atienda al cuidado de las personas en una perspectiva ecológica.

La crianza en el contexto familiar

1. La evolución del concepto de maternidad y paternidad
 - 1.1. La maternidad
 - 1.2. La paternidad
2. La familia
 - 2.1. El concepto de familia
 - 2.2. Perspectiva psicogénica de los modelos de crianza
 - 2.3. Características y funciones de las familias
 - 2.4. Enfoques para el análisis de las familias
 - 2.4.1. El enfoque ecológico-sistémico
 - 2.4.2. El enfoque evolutivo-educativo
3. La parentalidad
 - 3.1. La transición vital a la parentalidad
 - 3.2. Los estilos parentales
 - 3.3. Parentalidad positiva.
 - 3.4. Las competencias parentales
 - 3.5. Modelos de formación parental
4. Apoyo social en la crianza
 - 4.1. Apoyo formal
 - 4.2. Apoyo informal: grupos de apoyo virtual

Capítulo II. La crianza en el contexto familiar

En este capítulo comenzaremos analizando el concepto de maternidad y paternidad para llegar al concepto de parentalidad y sus derivados: los diferentes estilos parentales, la educación parental y el apoyo social.

Pensar en crianza nos lleva, además de pensar en niños y niñas, a visualizar a mujeres y hombres que desempeñan funciones maternas y paternas, es decir funciones parentales. Estas funciones se suelen desarrollar dentro de estructuras familiares inmersas en transformaciones culturales que también son estudiadas por diferentes disciplinas.

Ser padres y madres es una tarea que requiere continuos ajustes y transformaciones para dar respuesta a los innumerables cambios y variedad de situaciones con las que se encuentran las familias en la actualidad. Algo parecido ocurre con el rol de educador y educadora en las distintas etapas educativas. A medida que cambian los contextos, los roles, los estilos y retos educativos e incluso la edad de los padres y las madres, las familias y sus miembros intentan adaptarse en mayor o menor medida y con diferente grado de éxito a las nuevas circunstancias. Las personas que comparten responsabilidades y retos con las familias se encuentran en similar situación de ajuste y adaptación continua.

1. La evolución del concepto de maternidad y paternidad

Los diferentes estilos de maternidad y paternidad influyen de manera determinante en el tipo de crianza que se practica y se transforman en cada época debido a las necesidades sociales y al sistema de valores, como sucede en las últimas décadas, en las que se ha producido un crecimiento gradual en la implicación de los hombres occidentales en la crianza (Coltrane, 2004; Peterson y Steinmetz, 2000).

La maternidad es un fenómeno compuesto por discursos y prácticas sociales que conforman un imaginario complejo y poderoso que es, a la vez, fuente y efecto del género, según Palomar (2005). Este imaginario tiene actualmente, como piezas centrales, dos elementos que lo sostienen y a los que parecen atribuírsele, generalmente, un valor esencial: el instinto materno y el amor maternal, mientras que los estudios sobre paternidad a lo largo de la historia no describen, en el caso de los padres, esta esencia biológica de instinto y amor paterno.

En el rastreo de diferentes modelos de paternidad, Coltrane (1996) encuentra ejercicios de la paternidad en las sociedades premodernas con padres involucrados en las tareas de crianza en tribus pigmeas de África central (Aka, Mbuti) y otros totalmente ajenos en pueblos beduinos (Rwala del Medio Este). El amor paternal ha tenido como rasgo distintivo la distancia, a lo que Trujillo (2007) añade que en Occidente se ha correspondido con la cultura patriarcal y sus necesidades económicas desde la revolución industrial, que fomentó el ámbito privado y el espacio doméstico para la mujer y el ámbito público y el espacio extradoméstico para el hombre, quedando para ellas el mundo de los afectos y para ellos el poder racional y económico.

En la actualidad, el hecho de que los padres y las madres comparten más las prácticas educativas de los hijos y las hijas, ha dado origen al término parentalidad en el que ambos ocupan una posición equivalente y desarrollan similares prácticas educativas. Dado que los patrones culturales influyen poderosamente, como hemos visto en el capítulo anterior, lo que hayan aprendido en su cultura sobre lo que significa ser hombre, mujer, madre y padre se trasladará automáticamente a las ideas de crianza con la que educarán a sus hijos e hijas.

1.1. La maternidad.

La evolución del concepto de maternidad está en constante transformación a lo largo de la historia y en continua adaptación a las diferentes circunstancias sociales y culturales, pero siempre asociada a la crianza y al cuidado de menores (Villarme, 2015).

Desde los inicios se observa la tendencia natural en las madres a agruparse para acometer las tareas de crianza, generando una red de apoyo que repercute en mejoras para la atención y cuidado de niños y niñas a la vez que visibiliza la corresponsabilidad de la sociedad en la función educativa. Veremos más adelante cómo en la actualidad el desarrollo tecnológico también ha influido en estas redes de mujeres que establecen contacto en blogs, webs y grupos de mensajería instantánea.

El estudio de la maternidad se remonta a los años sesenta ante preocupaciones de carácter demográfico. Posteriormente, el interés de la antropología por el estudio de la infancia y de la familia amplió la información recogida. Kniebiehler y Fouquet (2000) analizan los momentos más señalados de la transformación del concepto de maternidad en Occidente, desde la inexistencia en el mundo clásico, la aparición de la *maternitas* en la alta edad media clerical, la buena madre amorosa de la Ilustración sumisa al varón, la politización por necesidades de regulación demográficas en el siglo XIX con la aparición de la disociación feminista de roles mujer/madre.

Ya en el siglo XX, la tensión entre el polo privado y el polo público en la defensa de la maternidad como opción personal, y la consecuente realización de los trabajos fuera del hogar produjo un abandono de las tareas domésticas compartidas hasta ese momento por hombres, mujeres y niños. En esos momentos se originó la diferenciación de los ámbitos privado y público, quedando para las mujeres en el ámbito privado la responsabilidad de la crianza.

No se puede hablar de maternidad sin hablar de concepto de infancia debido a la mutua dependencia conceptual de ambos, como se vio en la segunda guerra mundial cuando se produjo el fenómeno de la entrada masiva de las mujeres en el mundo laboral y el necesario desarrollo de centros de cuidado para niños y niñas, en la posguerra se dio un movimiento de regreso de las mujeres al hogar. Encontramos así el origen de la escolarización en base a necesidades laborales y sociales en vez de académicas de los infantes.

Pero es desde el movimiento feminista donde se ha producido la mayor revolución en la configuración de la maternidad desde una perspectiva emancipadora al concebir la maternidad al uso como una opresión a los derechos de las mujeres, aunque no sea esta una visión unánime. En este sentido, el rechazo de maternidad que se ha atribuido a De Beauvoir y Firestone, ha encontrado una visión contraria con la reivindicación de la maternidad en Irigaray, Kristeva o Rich (Royo, 2011).

El retorno a la naturaleza mezclado con el discurso científico que caracteriza el ideal de la maternidad actual plantea una vuelta atrás en los logros de liberación de las mujeres debido a la dedicación a tiempo completo que este ideal le exige. Al mismo tiempo, nuestras sociedades nos motivan a la realización personal, a satisfacer nuestros deseos, cuestión que se contradice con lo que socialmente se exige a una madre y con la diversidad de aspiraciones que tenemos las mujeres (Badinter, 2011).

Se constata la oposición de ciertas mujeres a los modelos de crianza que implican la dedicación de la mujer de modo intensivo ante el peligro de que exista una regresión en la

liberación de la mujer. Este tipo de crianzas intensivas a menudo respetan los tiempos que marca el bebé y se centran en sus necesidades. En la actualidad coexisten estos modelos de crianza junto con los adultocéntricos, donde el bebé se ha de acoplar al ritmo de los adultos. Esto es mejor visto por algunos sectores debido a la menor implicación que requiere la atención de los menores y la prioridad de las necesidades del adulto.

Autoras como Del Olmo (2013) critican la guerra instaurada respecto a la literatura sobre crianza donde se enfrenta el bando de la lactancia y el colecho pro-niño y el bando pro-adulto que corrige a los niños y las niñas hasta que se amoldan a la sociedad. Con expertos en ambos que indican lo que hay que hacer sin considerar la experiencia de madres y padres.

Estas contradicciones son resueltas por muchas mujeres de muchas formas, una de ellas es no tener hijas/os. Estas mujeres se definen como *childfree* ya que asocian la maternidad con la pérdida de libertad, de placer, intimidad e incluso de identidad por tanto deciden no tener hijos.

Ante la oposición de diferentes grupos de mujeres que buscan en un caso el cambio social en la maternidad y en otro enfatizan los aspectos represivos de la misma unas terceras se centran más en el ser mujer y la sororidad. El término sororidad o soridad, procede del latín *sor* (hermana), nace en el seno de los movimientos feministas y es un aporte de la feminista, antropóloga e investigadora especializada en etnología Lagarde (1997). Este concepto alude en cualquier idioma a la hermandad entre mujeres como un paso más de solidaridad entre estas enunciando los principios ético políticos de equivalencia y relación paritaria entre mujeres. Conduce a la búsqueda de relaciones positivas para contribuir con acciones específicas a la eliminación social de todas las formas de opresión y al apoyo mutuo para lograr el poderío genérico de todas, el empoderamiento vital de cada mujer más allá de los contextos patriarcales.

En el siglo XXI se pasa a hablar de maternidad a función materna y se comienza a cuestionar que se trate de una tarea exclusiva de mujeres, señalando la responsabilidad de la pareja y de la sociedad en su conjunto evidenciando la dicotomía entre maternidad como asunto privado o público.

A todas estas circunstancias se suman los nuevos contenidos y la creciente fragilidad de los actuales vínculos humanos. Los hijos e hijas son fundamentalmente un objeto de consumo emocional que, como todo objeto de consumo, sirve para satisfacer una necesidad. Por lo tanto, para poder romper con las tradiciones y los automatismos del género, habría que profundizar también en el conocimiento y la explicitación de aquellas necesidades que se

pretenden satisfacer en los hijos e hijas y que, irremediablemente decepcionadas, producen las dolencias líquidas modernas que caracterizan nuestros tiempos y que generan dolorosos efectos sociales, según la visión de Bauman (2005).

A este proceso de “licuación” de los roles y de desorientación posmoderna se le añade colaboración de la psicología, la psicopatología, la pediatría y otras disciplinas con construcciones discursivas que hacen recaer en las familias y, principalmente, en las madres las causas de los problemas de salud mental y física de los hijos e hijas, como señala Lamas (2001) cuando analiza las recetas de comportamiento maternal partiendo de la base de que la mujer es la responsable del bienestar del hijo/a.

En este sentido, los mandatos, ideales y costumbres sociales han dado por clasificar a las mujeres en *buenas madres* y *malas madres*, figurando en el segundo grupo aquellas que contradicen la supuesta naturaleza de todas las mujeres: la de desear ser madres y, además, de hacerlo bien, es decir, querer, poder y saber hacerse responsables de sus crías, amarlas y cuidarlas hasta que puedan valerse por sí mismas. Este tipo de clasificaciones no señalan de igual manera a los padres.

La sociedad evita comprender a las *malas madres* que se adentran en la maternidad sin desearlo o que, aun habiéndolo deseado en algún momento, se ven forzadas a enfrentarse a la maternidad cotidiana en un marco tal de carencias y de falta de apoyo afectivo o material, que pierden el deseo y la voluntad de sostener a sus hijas/os, quedando estos al margen de la situación de la madre y siendo víctimas de ella, en algunos casos con relaciones de desapego o destructivas que evidencian falta de “instinto” o “amor materno” (Palomar, 2005).

En la actualidad, otras madres que acceden conscientemente y con deseo a la función materna se rebelan contra una sociedad que las señala también como malas madres y las coloca en niveles de exigencia difícilmente asumibles. Ante una maternidad en la que no se sienten apoyadas por el Estado con medidas de conciliación familiar, reclaman la implicación de todos los agentes educativos al tiempo que se unen y crean en la web el “club de malas madres” en el que rompen con la imagen de la madre dedicada de por vida a la crianza como única identidad personal.

Las reivindicaciones de este grupo de mujeres están en consonancia con las palabras de Federici (2014), quien sostiene que las mujeres son más que amas de casa y que los valores y las estructuras sociales tradicionales aún no se han transformado faltando flexibilidad, conciliación y espacios para el cuidado de los niños y las niñas en una sociedad que exige a las mujeres ser productoras y reproductoras al mismo tiempo consumiendo así sus vidas.

1.2. La paternidad.

Los estudios sobre la nueva paternidad ejercida por los hombres subrayan las consecuencias positivas de la participación paterna en el cuidado familiar. El desarrollo de relaciones de género más equitativas, el impacto positivo del rol paterno en el desarrollo psicosocial de los hijos e hijas, el enriquecimiento para la familia por la mejora de las dimensiones emocionales, comunicativas de la persona, son algunos de los beneficios que tiene la mayor implicación de la figura paterna en la crianza y educación desde un modelo que cuestiona el rol alienante de la masculinidad tradicional (Royo, 2011).

Las sociedades en que los hombres participan en el cuidado temprano de la prole las relaciones de género se dan en ámbitos menos diferenciados y segregados. Sin embargo la ausencia paterna en la crianza origina que los hijos varones establezcan una identidad insegura y un rígido sentido de sí mismos. Cuando el padre participa en la crianza, los hijos varones no necesitan afirmar su identidad por oposición a las mujeres y el hecho de que ambos géneros compartan tareas en el ámbito privado promueve también la colaboración en el ámbito público (Coltrane, 1996).

Los valores masculinos han sufrido una transformación desde el honor y la fuerza física, típicos de la era preindustrial, para pasar posteriormente al éxito, el logro académico y el ejercicio de un trabajo como justificación de su alejamiento de la intimidad familiar y doméstica (Trujillo, 2006). En estas justificaciones encontramos las razones de su ausencia para la realización continuada de tareas paternas.

Los varones han dependido de las mujeres para la interpretación de sus emociones y sentimientos según Seidler (2000), sin agradecer ni valorar los esfuerzos que ellas tienen que hacer para lograr esa interpretación, porque la suponen “natural” en el género femenino, y se sienten sorprendidos cuando las mujeres se niegan a poner en primer lugar sus vínculos con ellos. Al aprender a replantear sus propias vidas, los hombres han tenido que aprender también a identificar sus necesidades. Esta afirmación nos lleva a recordar la necesidad del desarrollo de habilidades emocionales de las personas no solo para la convivencia en pareja sino también para el desarrollo de la función paterna y materna. El que los hombres se hayan centrado en obtener dinero y éxito les ha alejado de vínculos emocionales significativos pero muchos pueden cuestionar su posición respecto a los vínculos con prácticas distintas en el cuidado de los otros y de la igualdad (Morente, 2011).

Cada vez existen más padres que se acercan sin prejuicios a modelos de crianza en los que se implican activamente, comparten y disfrutan con sus parejas. En algunos casos la

disposición y las prácticas de estas parejas puede acercarlos a nuevos modelos o prácticas educativas como la implementación de disciplina positiva, concepto que desarrollaremos en el siguiente capítulo.

Los nuevos roles masculinos dan por resultado padres más activos en la crianza más amorosos, involucrados, participativos y disponibles. Esta idea de paternidad está más orientada a compartir el cariño y el cuidado que la dedicación a las ideas tradicionales relacionadas con la provisión económica y el ejercicio de la autoridad (Royo, 2011). Vemos por lo tanto cómo las expectativas y las competencias personales y parentales adecuadas suponen una ayuda en la transición a la paternidad y la maternidad.

2. La familia

En este apartado se realiza una aproximación a los diferentes conceptos de familia, a sus orígenes y funciones, a la relación de sus miembros con la crianza y a los diferentes enfoques para comprender y mejorar sus funciones.

2.1. El concepto de familia.

A pesar de que el concepto de familia está sometido, como todos los que hemos definido hasta ahora, a los mismos condicionantes socioculturales cambiantes, es posible plantear una definición válida para todas las épocas y lugares:

La familia es la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, en el que existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia. (Rodrigo y Palacios, 1998, p. 33).

Esta definición puede diferir de manera sustancial si se concretase en ella el modo de abordar esa misión educativa con los diferentes instrumentos y habilidades utilizados con este fin por sus diferentes miembros. Del mismo modo, existen en las familias múltiples formas y grados en la manera de ofrecer cariño, apoyo, implicación emocional y compromiso mutuo. Pero, aunque diversos, parece que todas comparten unos mismos objetivos, finalidades, intereses, roles y responsabilidades con diferente grado de consciencia y desempeño de sus funciones y competencias parentales.

En cualquier caso, la sensibilidad de padres, madres, cuidadoras y cuidadores respecto a su rol y responsabilidad en el desarrollo social y emocional es clave, como indica Cuervo (2010), para promover una buena autorregulación emocional y que los niños y las niñas desarrollen conductas prosociales.

El contexto familiar es un contexto de aprendizaje y desarrollo tanto para hijos e hijas como para sus padres y madres. Las familias que son conscientes de que los cambios en las dinámicas familiares pueden alterar creencias, prácticas o pautas de crianza están en disposición de ofrecer una base más segura para el desarrollo infantil y para el aprendizaje de estrategias de afrontamiento, negociación y resolución de problemas entre hijos, hijas, padres y madres.

Las transformaciones constantes a las que se enfrentan las estructuras familiares influidas por cambios sociales, económicos, políticos, científicos, etc., se manifiestan en la enorme diversidad de las actuales estructuras familiares así como en su creciente diversidad en la adaptación a tales circunstancias, según podemos ver:

- *Familias biparentales.* Estas familias están caracterizadas por una estructura familiar en la que conviven el padre, la madre y los hijos e hijas de ambos. Pueden ser nucleares tal y como hemos descrito o polinucleares si se suman a otro núcleo con abuelos, tíos, etc.
- *Familias monoparentales.* Estas familias son aquellas en las que un progenitor convive con y es responsable en solitario de sus hijos e hijas menores. Al igual que las biparentales pueden ser nucleares o polinucleares (Cortés y Cantón, 2010).
- *Familias adoptivas.* Aquellas que están constituidas como consecuencia de una adopción de un niño o niña por parte de personas que no guardan relación biológica y pueden tener estructuras muy diversas con cualquiera de las otras formas familiares.
- *Familias reconstituidas.* Aquellas que, tras procesos de separación o rupturas, comienzan una nueva vida en familia con un nuevo cónyuge. Pueden parecerse a las familias biparentales tradicionales por su composición (padre, madre, hijos e hijas) aunque con diferencias, según Fine (2001), en tres ámbitos: en primer lugar, las familias reconstituidas tienen una estructura familiar más compleja y pueden vivir en más de un domicilio. En segundo lugar, los roles, responsabilidades, derechos y obligaciones de los padres o madres no biológicos suelen estar menos claros que los de los biológicos, lo que genera confusión respecto al trato con los nuevos hijos. En tercer lugar, en las familias reconstituidas la relación entre el progenitor y el hijo o hija es anterior a la relación de pareja, mientras que en las biparentales tradicionales la pareja ha tenido tiempo de conocerse y adaptarse antes de comenzar sus tareas de crianza.

- *Familias que recurren a la reproducción asistida y familias múltiples.* Las familias que han recurrido a las técnicas de reproducción asistida poseen unas peculiaridades específicas a causa de la utilización de estas técnicas sin que exista un vínculo genético directo entre los padres y madres y sus hijos e hijas.
- *Familias homoparentales.* Las personas gays y lesbianas han usado distintas vías para formar familias: desde hijos o hijas habidos de uniones heterosexuales anteriores, junto a otras que podríamos llamar familias homoparentales “reconstituidas” o las familias homoparentales “planeadas” (González, López y Gómez, 2010), a la adopción o el acogimiento de menores, y a técnicas de reproducción asistida de manera solitaria o compartida. Sin embargo, hoy por hoy, en España no es posible la maternidad subrogada.

Vemos de este modo, cómo las relaciones de parentesco en las familias son cada vez más diversas, apareciendo en algunos casos disociación entre relación conyugal y filial, entre sexualidad y reproducción, entre pareja conyugal, parental y progenitora. Al tiempo que cambia la concepción tradicional del parentesco y se distingue entre lo biológico y lo social y aparecen repercusiones legales, éticas, psicológicas, sociales, sanitarias y educativas (Grau y Fernández, 2015).

A pesar de estas diversas relaciones de parentesco podemos encontrar en las distintas familias aspectos compartidos como resultado de la unión de personas inmersas en un proyecto vital común, en el apartado siguiente describimos algunas características y funciones de las familias.

2.2. Perspectiva psicogénica de los modelos de crianza.

Partiendo de la capacidad que tienen los modelos de crianza y las relaciones parentales de moldear el desarrollo del bebé, DeMause (1991), consciente de las diferencias de modelos de crianza entre países y entornos sociales establece una clasificación en función de la evolución psicogénica de las familias desde la Antigüedad hasta hoy. Basándose en unos periodos progresivos de transformación de la relación entre padres e hijos/as, describe la evolución de los modelos de crianza según este proceso: *infanticidio, abandono, ambivalencia, intrusión, socialización y ayuda*.

DeMause (1974) define su teoría psicogénica como una teoría general del cambio donde “se postula que la fuerza central del cambio histórico no es la tecnología ni la economía, sino los cambios “psicogénicos” de la personalidad resultante de interacciones de padres e hijos en

sucesivas generaciones” (p. 4). Esta explicación de la evolución de los modelos de crianza señala la falta de madurez emocional de los padres como la causa de situaciones dramáticas de infanticidio, abandono, ambivalencia o intrusión así como de otros tipos de violencia infantil.

La violencia en la vida infantil ha sido convertida en norma por su frecuencia en determinados momentos de la historia así como de la estela transmitida generación tras generación. Afortunadamente esa violencia se ha ido reduciendo de manera paralela al progreso social y educativo pero todavía queda trabajo pendiente para erradicar cualquier tipo de maltrato físico o psicológico en el mundo infantil así como para reflexionar sobre la normalización del sufrimiento de niños y niñas (Ulivieri, 1986).

Como ya adelantaba DeMause (1974), las prácticas de crianza con los niños y las niñas influyen en su personalidad adulta al estar condicionadas por reacciones de tres tipos en los padres y las madres: *proyectivas*, de *inversión* y *empatía*, por las cuales el adulto proyecta contenidos de su propio inconsciente, utiliza al niño/a como sustituto de un personaje que echa de menos, y siente empatía con las necesidades del niño o niña actuando en consecuencia para satisfacerlas. Vemos cómo ha habido una mejora progresiva de la comprensión de la naturaleza infantil y cómo en los últimos años las familias han adquirido conciencia de la importancia de su función socializadora y de la importancia de la satisfacción de las necesidades de los infantes.

Cada vez aumenta más la actitud colaborativa y participativa de padres y madres en la crianza y la empatía con las necesidades de los niños y las niñas donde se comienzan a erradicar los castigos físicos. Surge así una clara voluntad de los padres y las madres de vivir de otro modo la relación con sus hijos e hijas apareciendo el tiempo de juego como fuente de desarrollo biológico, psíquico y social y el disfrute y satisfacción de los momentos compartidos en familia. De Mause (1974) explica que la ayuda a los hijos e hijas exige tiempo, energía y diálogo, y respuesta continua a sus necesidades de juego, conflicto emocional y estimulación adecuada. Son pocas las familias que han intentado hasta ahora aplicar sistemáticamente esta forma de crianza a pesar de que como consecuencia encontramos niñas/os amables, sinceros y de voluntad firme.

La UNESCO se ha preocupado de los factores necesarios que hay que considerar en la crianza para propiciar entornos propicios al aprendizaje dentro o fuera del entorno familiar en cualquier cultura y destaca factores favorecedores como la protección, la vivienda, la

nutrición, la salud, la afectividad, la estimulación, el fomento de la independencia y el aprendizaje de la colaboración prestando ayuda a otros, el compartir cosas, recibir ayuda, etc.

2.3. Características y funciones de las familias.

Las familias reciben influencias de múltiples situaciones, contextos o experiencias y se encuentran en continua adaptación a nuevas realidades y estructuras. Existen características que hacen de las familias un sistema abierto a un entorno de influencias, y algunas de estas son según Martín y Mesa (2015):

- El matrimonio no es necesario para que podamos hablar de familia, y de hecho, las uniones no matrimoniales o consensuales dan lugar a la formación de nuevas familias.
- Uno de los dos progenitores puede faltar, quedándose entonces el otro sólo con el o los hijos. tal es el caso de las familias monoparentales, en las que por muy diversas razones uno de los progenitores se hace cargo en solitario del cuidado de sus descendientes.
- Los hijos e hijas del matrimonio son muy frecuentemente tenidos en común, pero no parece que ese sea un rasgo definitorio, pues los hijos e hijas pueden llegar por la vía de la adopción, por la de las modernas técnicas de reproducción asistida o provenientes de otras uniones anteriores.
- La madre, ya sea en el contexto de una familia biparental o monoparental, no tiene por qué dedicarse en exclusiva al cuidado de sus hijos e hijas, sino que puede desarrollar actividades laborales fuera del hogar.
- El padre no tiene por qué limitarse a ser un mero generador de recurso para la subsistencia de la familia, sino que puede implicarse muy activamente en el cuidado y la educación de los hijos e hijas.
- El número de hijos e hijas se ha reducido drásticamente, hasta el punto de que en muchas familias hay solamente uno.
- Algunos núcleos familiares se disuelven como consecuencia de procesos de separación y divorcio, siendo frecuente la posterior unión con una pareja nueva en núcleos familiares reconstituidos.
- Hombres o mujeres, se pueden unir a otros y otras del mismo sexo para formar un núcleo familiar.

Estas características manifiestan las nuevas circunstancias y realidades con las que se encuentran los diferentes miembros de la familia en la actualidad. Si tenemos en cuenta que los padres y las madres no solo tienen como función el promover el desarrollo y la educación de los hijos e hijas, sino que también son sujetos que están en proceso de desarrollo, la familia cumpliría con las siguientes funciones, según Martín y Mesa (2015):

- Es un escenario donde las personas se hacen adultas con una determinada autoestima y sentido de sí misma, y que experimentan un cierto nivel de bienestar psicológico en la vida cotidiana frente a los conflictos y situaciones estresantes.
- Es un escenario de preparación donde se aprende a afrontar retos, así como a asumir responsabilidades y compromisos.
- Es un escenario de encuentro intergeneracional donde los adultos amplían su horizonte vital formando un puente hacia el pasado, donde se reencuentran con los abuelos.
- Es una red de apoyo social para las diversas transiciones vitales que ha de realizar el adulto: búsqueda de pareja, de trabajo, vivienda, de nuevas relaciones sociales, jubilación, vejez, etc.

Pero desde la perspectiva de los hijos y las hijas, la familia cumple estas otras funciones:

- Asegurar la supervivencia de los hijos y las hijas, su sano crecimiento y su socialización en las conductas básicas de comunicación, diálogo y simbolización.
- Aportar a los hijos y a las hijas un clima de afecto y apoyo. El clima de afecto implica el establecimiento de relaciones de apego, un sentimiento de relación privilegiada y de compromiso emocional.
- Aportar a los hijos la estimulación adecuada que haga de ellos personas con capacidad para relacionarse competentemente con su entorno físico y social, así como para afrontar las demandas y exigencias que se les planteen durante su adaptación al mundo en el que les toque vivir.
- Tomar decisiones sobre la apertura a otros contextos educativos que van a competir con la familia en la tarea de educación.

En estas funciones desde la perspectiva de los hijos/as, vemos el reconocimiento de su importancia en su socialización. En el seno familiar adquirimos los valores, creencias, normas y formas de conducta apropiados a la sociedad. Tal y como indican Musitu y Cava (2001), la familia es el primer grupo de socialización en presentarnos diferentes elementos

característicos de nuestra cultura, dado que como afirman Musitu y García (2004) es muy cuestionable que se puedan generalizar entre las diferentes culturas los tipos de socialización.

Además, el niño o la niña no actúa en dicho proceso como un sujeto pasivo, sino que existe bidireccionalidad entre padres, madres, hijos e hijas influyéndose mutuamente en sus aprendizajes y respuestas. El descubrir esta influencia mutua y la importancia de la interactividad entre personalidad y cultura ha permitido un cambio de mirada hacia la infancia en el sentido de que se promueve más la atención y escucha de niños y niñas a la vez que aumenta el respeto a sus necesidades e intereses. En esta concepción, los niños y las niñas tienen voz y voto en las decisiones familiares de modo que sus posiciones y necesidades se visibilizan y atienden en la organización familiar.

Hoy en día es imposible entender y explicar los procesos socializadores en la familia sin tener en cuenta la contribución conjunta de todos los factores implicados (de los padres, de las madres, de las niñas, de los niños, situacionales, y extrafamiliares). La familia es el contexto de crianza más importante en la primera infancia, donde se adquieren las primeras habilidades y rutinas, los primeros hábitos y aprendizajes que favorecerán el desarrollo de la autonomía y las condiciones necesarias para el desarrollo de habilidades, aprendizajes y competencias posteriores (Jiménez y Muñoz, 2005, tal como se cita en Sánchez et al., 2012).

2.4. Enfoques para el análisis de las familias.

La función que desempeña la familia como marco de la crianza depende del enfoque que tengamos a la hora de concebirla. En este apartado se presentan dos enfoques, uno que concibe a la familia como un sistema con capacidad de adaptarse a las exigencias del medio y otro que la concibe como un escenario de desarrollo y aprendizaje.

2.4.1. El enfoque ecológico-sistémico.

Este enfoque pone de relieve las dificultades y las oportunidades de adaptación y de interacción recíproca que existen entre la familia como sistema y el entorno en el que se mueve y despliega sus actividades, proporcionando así uno de los pilares más robustos sobre los que se asienta la práctica con familias. Este enfoque es fruto de la confluencia del enfoque sistémico (Andolfi, 1984; Broderick, 1993; Minuchin, 1985; Von Bertalanffy, 1968, citado en Martín y Mesa, 2015) y del enfoque ecológico sobre el desarrollo humano (Belsky, 1980; Bronfenbrenner, 1979; Garbarino, 1977; Lewin, 1951, citado en Martín y Mesa, 2015).

En la definición de Andolfi (1984, citado en Rodrigo y Palacios, 1998), sobre la familia se aprecian algunas de las características del enfoque sistémico por su carácter interdependiente, interactivo, sus funciones dinámicas y el intercambio permanente con el exterior.

Con respecto al modelo ecológico, tomando de referencia obligada el modelo de Bronfenbrenner (1979), las personas viven desde su nacimiento inmersas en un conjunto de sistemas de influencias sociales, culturales e históricas que pueden sufrir procesos de cambio. Algunos de estos sistemas se encuentran muy próximos al individuo (la familia), mientras que otros están más alejados (el trabajo, los vecinos, la cultura), pero unos y otros influyen muy directamente en la vida de las personas.

En este enfoque se diferencia el *microsistema* (relaciones con el ambiente próximo como la escuela o los grupos de iguales), el *mesosistema* (influencias contextuales por interrelaciones entre microsistemas como la colaboración familia–escuela), el *exosistema* (estructura sociales formales e informales que influyen o delimitan lo que ocurre en el microsistema como la familia extensa, el trabajo...), el *macrosistema* (valores culturales y étnicos, creencias, sucesos históricos que afectan a los otros sistemas). Todo ello requiere de una continua adaptación de la familia a los cambios en estos sistemas.

El periodo de crianza es un periodo de desarrollo y aprendizaje no sólo para el bebé, el niño, la niña y el adolescente sino también para su madre, su padre y para el resto de la familia. En esta perspectiva ecológica y sistémica (Minuchin, 1985; Rodrigo y Palacios, 1999, tal como se cita en Sánchez, León y Román, 2012), se insiste en la bidireccionalidad de influencias y relaciones en las dinámicas establecidas entre padres, madres y sus hijos e hijas.

Esta perspectiva ecológica y sistémica hace de la familia un contexto de desarrollo tanto para los hijos e hijas como para los padres y las madres, y se manifiesta en las funciones básicas del escenario educativo familiar, definidas por Rodrigo y Palacios (1998) como de mantenimiento, estimulación, apoyo, estructuración y control.

2.4.2. El enfoque evolutivo–educativo.

La familia es un escenario de desarrollo y educación en el que el grupo humano tiene una misión muy especial: construir personas y apoyarlas en su proceso de desarrollo y de aprendizaje. Esta misión la llevan a cabo unos adultos (los padres y las madres) que, además de realizar su proyecto vital, desarrollan lo que se ha denominado un proyecto educativo

mediante el cual intentan enseñar a otros miembros de la familia (hijos e hijas) que dependen de ellos (Rodrigo, Máiquez, Martín y Byrne, 2008).

Este proyecto supone para padres y madres un compromiso personal con sus hijos e hijas con gran inversión de esfuerzo y de tiempo para acompañarles en su desarrollo. También aparece un encuentro intergeneracional donde abuelos, padres e hijos/as se proporcionan afecto y valores entre ellos, lo que servirá para dar continuidad a la familia. En suma, desde este enfoque evolutivo–educativo vemos a la familia en su función educadora.

Según Rodrigo et al. (2008), los presupuestos básicos que se derivan de este enfoque son:

- La tarea de ser padre o madre es evolutiva y marca una de las transiciones vitales más importantes y está sometida a cambios históricos y sociales, en los roles de género, en las relaciones entre padres, madres e hijas/os más horizontales y democráticas, la presencia de más agentes educadores como los medios audiovisuales.
- La tarea de ser padre o madre se construye en escenarios socioculturales donde los padres y las madres aprenden en medio de relaciones interpersonales realizando actividades significativas para la cultura o grupo social en el que están.
- La tarea de ser padre o madre tiene diferentes niveles de actuación que requieren flexibilidad y autoevaluación, no se aprende con “recetas”.
- Por último, requiere de aliados y apoyos sociales para llevarla a cabo.

Las necesidades de apoyo son diferentes dependiendo tanto de las características de los padres y/o las madres, de los hijos e hijas y del entorno ecológico de la familia.

De forma parecida, Muñoz (2005) aborda también las funciones de la familia siguiendo a Palacios y Rodrigo (1998) y a otros autores (Bornstein, 2002; Bradley, 2002; Bradley y Caldwell, 1995) desde este punto de vista evolutivo–educativo: supervivencia y crecimiento sano, afecto y apoyo emocional para desarrollo psicológico saludable, estimulación y relación competente con el entorno físico y social, toma de decisiones sobre apertura a otros contextos educativos y de socialización como la escuela.

3. La parentalidad

Desde hace algunos años hay nuevas perspectivas que cobran fuerza desplazando la atención desde la maternidad hacia un concepto nuevo denominado *parentalidad*, más contemporáneo en la consideración de la madre y el padre, sin distinciones de sexo o género y

compuesto, según Palomar (2005) por cuatro aspectos: engendrar, concebir, parir y criar. En esta parentalidad hay una responsabilidad compartida entre los miembros de la pareja.

Esta parentalidad contemporánea y positiva supone el nacimiento de un contexto favorable al desarrollo de modelos y prácticas de crianza que, por dedicación e implicación, son más fácilmente implementables con el compromiso activo de madres y padres.

En nuestro contexto occidental coexisten diferentes modelos a los que se suma la emergencia de patrones más igualitarios de paternidad y maternidad. Sin embargo, persisten importantes inercias en el ámbito doméstico y reproductivo, reforzadas por estructuras laborales, institucionales y simbólicas, que hemos heredado de nuestro pasado y que ya no responden ni a la realidad ni a las necesidades de la mayor parte de las parejas (Royo, 2011).

La parentalidad nos lleva a reflexionar sobre las dependencias o interdependencias, las familias y los cuidados pero sobre todo a decidir cómo gestionar esta tarea en una sociedad donde las prioridades e intereses apuntan hacia otros lugares, a la vez que nos lleva a reflexionar sobre la importante transición vital que supone ser madre y padre.

3.1. La transición vital a la parentalidad.

Cualquier transición vital requiere de un conjunto de cambios con los reajustes y adaptaciones que favorezcan modificaciones en la trayectoria vital. Este periodo puede caracterizarse por terminar en periodo de crisis o en oportunidad de crecimiento personal. Convertirse en madre o en padre es uno de los sucesos vitales más relevantes y habituales de la vida adulta que requerirá de ajustes tanto dentro como fuera de la familia (Hidalgo, 2009).

En este proceso, aparecen nuevas demandas y necesidades de adaptación para madres y padres que suponen transiciones personales y familiares así como de un periodo de vulnerabilidad individual e interpersonal que requiere de apoyo para las personas que viven esta experiencia. Todo ello influye en la familia como sistema, pero a nivel individual, la maternidad y la paternidad también son uno de los acontecimientos más relevantes en el desarrollo psicológico de la vida adulta, producto de los nuevos roles. A menudo esta nueva etapa se asocia a sentimientos de crecimiento personal y de modificación de hábitos cotidianos, que a veces se perciben de modo negativo por la falta de tiempo, sueño y ocio.

La maternidad y la paternidad conllevan satisfacción y momentos positivos a nivel personal y social. Se crean lazos emocionales con el cuidado y contacto con el bebé, sentimientos de desarrollo y realización personal, sentido de cohesión familiar y valor social (Brooks, 1996, citado en Hidalgo, 1998).

Estos cambios influyen en todo el sistema familiar y afectan a otros hijos e hijas pero, sobre todo, a la pareja en tres aspectos enumerados por Hidalgo (2009): tiempo de dedicación y tiempo compartido así como frecuencia de las relaciones sexuales, organización de las rutinas domésticas que suele recaer tradicionalmente más en la mujer surgiendo una decepción en las expectativas del reparto de responsabilidades y reducción del nivel de satisfacción de la relación conyugal. En el nivel de satisfacción de la pareja también influye la participación del padre en la crianza de los hijos e hijas y las expectativas que ante esto tuviese la madre, siendo su participación en la crianza un factor de estabilidad en la pareja. Una transición satisfactoria es siempre compartida con la pareja, a continuación adjuntamos una tabla con información sobre diferentes tipos de transiciones.

La mayoría de las parejas asumen de manera satisfactoria el nuevo rol y en pocos casos en los que la transición no es adecuada se desencadenan rupturas conyugales que con funciones parentales inadecuadas pueden ocasionar situaciones de desprotección infantil (Rodrigo, Máiquez, Martín y Rodríguez, 2005). En los casos en que existe declive conyugal, también influye el hecho de tener un niño o niña con temperamento difícil, siendo este un factor de predicción del estrés, las preocupaciones y tensiones experimentadas por los padres y las madres, según Hidalgo (1998).

Los diferentes perfiles respecto a situaciones personales, familiares, edad, estabilidad o madurez, autoestima, estilos de atribución causal o lugar de control, los recursos de apoyo o el sexo generan distintas tipologías en las transiciones vitales. Las mujeres suelen acusar mayores cambios en esta transición y el hecho de que trabajen o no fuera de casa también influye en dichos cambios. Las expectativas respecto a la distribución de tareas se ajustan más cuando padre y madre trabajan a la vez, y si se produce violación de estas expectativas, el resultado es más drástico en estas parejas (Hidalgo, 2009).

3.2. Los estilos parentales.

El estilo de crianza parental es un conjunto de comportamientos, prácticas parentales y actitudes comunicadas a los niños y las niñas cuyo efecto es la creación de un clima emocional determinado (Darling y Steinberg, 1993). Los primeros años de vida son determinantes en el proceso del desarrollo social y emocional de los niños y niñas en los que la familia cumple un papel fundamental y el estilo parental que sea utilizado en la educación del niño o la niña tendrá gran capacidad en influir en dicho proceso.

Los estilos parentales permiten ofrecer al niño o a la niña un modelo para el manejo de sus emociones y desarrollo social. Los estilos de crianza se refieren también a las técnicas que emplean los adultos y tienen como fin modificar la conducta del niño o niña, basándose en la reciprocidad, respetando sus características y conductas de acuerdo a su edad. Shaffer (2000) indica que las clasificaciones de los estilos de crianza se han orientado hacia dos dimensiones: permisividad/restricción y calidez/hostilidad.

En las diferentes investigaciones sobre estilos de crianza se consideran fundamentales las investigaciones de Baumrind (1967) sobre tipología parental y su definición de los tres estilos a los que denominó respectivamente: autoritativo o autorizado, permisivo y autoritario.

- Estilo *autoritativo*. Este estilo de crianza se caracteriza principalmente por estar vinculado con la disciplina inductiva, promoviendo la comunicación y el razonamiento detrás de las conductas. Entender y respeta la individualidad del niño y la niña, su personalidad y sus intereses y les brinda seguridad.
- Estilo *permisivo*. Este estilo de crianza da prioridad a la autoexpresión y autorregulación y no se modifican ni inculcan conductas. Los hijos e hijas establecen sus propias reglas y son ellos mismos quienes supervisan sus propias actividades lo que provoca que en las edades preescolares tiendan a ser inmaduros o tengan baja autoestima.
- Estilo *autoritario*. Este estilo de crianza se caracteriza por utilizar el control y la obediencia en todo momento, los hijos e hijas crecen en medio de normas rígidas establecidas y no razonadas cuyo incumplimiento tiene consecuencias de castigo severo, sin tienen en cuenta necesidades educativas, intereses y opiniones, generando distancia entre padres, madres e hijos o hijas, inseguridad, frialdad y baja autoestima.

El hecho de mostrar afecto y cariño por los hijos e hijas no hace que los padres y las madres de estilo autoritativo no exijan buenas conductas o que no sean firmes. Por el contrario, castigan con sanciones limitadas, relacionadas a la falta, solo cuando es necesario y siempre llegando a un consenso previo con sus hijos e hijas para que ellos logren entender el porqué de la corrección. Los padres y las madres usan la razón y el poder para lograr sus objetivos, convirtiendo a los castigos en algo justo y consistente.

Maccoby y Martín (1983) distinguieron en el estilo parental permisivo el subtipo indulgente y negligente. Los distintos estilos educativos surgen del cruce de la dimensión de control–exigencias y afecto–comunicación como se ve en la siguiente tabla.

Tabla 1: Tipología de los estilos educativos (Maccoby y Martin, 1983).

		Afecto y comunicación	
		Alto	Bajo
TIPOLOGÍA DE LOS ESTILOS EDUCATIVOS		Afecto y apoyo explícito, interés por las cosas del niño y sensibilidad ante sus necesidades.	Afecto controlado y no explícito, distancia, frialdad en las relaciones, hostilidad o rechazo.
Control y exigencias			
Alto	Existencia de normas y disciplina, control y restricciones de conducta y exigencias elevadas.	Autoritativo	Autoritario
Bajo	Ausencia de control y disciplina, ausencia de retos y escasas exigencias.	Permisivo	Negligente

Los modelos educativos manifiestan el valor de los estilos de educación parental en el desarrollo integral de la personalidad de los niños y niñas al concebir la familia como la base para la construcción de esa personalidad y la importancia que tiene la cohesión familiar como aspecto fundamental en el clima adecuado que satisface las necesidades de todos. Ese clima adecuado también se verá influido por otros factores relacionados con el desarrollo social como el establecimiento de límites.

En la sociedad actual, a menudo se alude a la importancia y la necesidad de poner límites a los niños y las niñas. Franco et al. (2014) resaltan la importancia del establecimiento de límites junto con el apoyo emocional en el desarrollo de competencias sociales en los niños y las niñas, concluyendo que los menores cuyos padres y madres fomentan la autonomía adecuada haciendo uso de límites, normas y apoyo emocional manifiestan mejor desarrollo social.

La evolución de los estilos parentales a lo largo del siglo XX y XXI recogen las diferentes aportaciones de los estudiosos de este campo, como la actualización de los estilos de Baumrind por parte de Maccoby y Martin (1983). Según dicha actualización las características parentales forman parte de un continuo, de manera que el estilo parental resulta de la combinación gradual de cada una de las dimensiones, en concreto el par

afecto/comunicación combinado con el par control/exigencia tal y como se puede comprobar en la mencionada tabla. El afecto incluye conductas de aceptación, afecto positivo, sensibilidad y responsividad hacia el niño o la niña, y el control incluye conductas de implicación, disciplina y supervisión.

Más recientemente surgió el denominado modelo de construcción conjunta o de influencias múltiples de Palacios y Rodrigo (1998), que defiende que la bidireccionalidad de las interacciones entre padres, madres, hijos o hijas de manera que las prácticas educativas son causa y al mismo tiempo consecuencia de los distintos problemas en el desarrollo de los hijos e hijas. Las niñas y los niños criados en hogares autoritativos (caracterizados por un alto grado de afecto y firmeza), son menos propensos a manifestar trastornos de tipo internalizante (ansiedad) que los hijos o hijas de padres negligentes. Dado que esta ansiedad se da también en los progenitores como variable mediadora del desarrollo de ansiedad en los hijos e hijas, se desprende el carácter holístico del estilo parental, y lógicamente en el modelo de crianza, como ocurre con la ansiedad materna o la sobreprotección.

Respecto a las variables externalizantes, son normales las conductas desafiantes en la población infantil y juvenil como parte de un desarrollo evolutivo normal. Estas conductas pueden seguir apareciendo como consecuencia del mantenimiento de variables comportamentales paternas o del contexto. Según la teoría de la coerción de Patterson, las prácticas de crianza determinan el comportamiento antisocial del niño o la niña, quienes aprenden a responder de forma agresiva ante padres, madres, hermanos o hermanas para mostrar su aversión mediante el denominado condicionamiento de escape (Patterson 2002, citado en Franco et al., 2014).

A menudo los padres y las madres han sido hijos e hijas educados con modelos autoritarios, violentos o hipercorrectivos en los que no había capacidad para acatar normas y destacaba la rebeldía o desobediencia. Algunas de estas circunstancias familiares inadecuadas desembocaron en conductas negativas o fracaso escolar. Es importante no confundir autoritarismo y disciplina, a la vez que no se debe asimilar el término disciplina a la disciplina autoritaria. En los modelos autoritativos hay disciplina acompañada de afecto y control de normas y límites. Un ejemplo de este tipo de disciplina lo abordaremos más adelante cuando profundicemos en la denominada disciplina positiva.

La sociedad actual cuyo dinamismo se ha acelerado bien por avances tecnológicos, bien por nuevas estructuras a nivel social, laboral y educativo, conlleva en sí una reestructuración de sus integrantes, de las formas de ser y hacer, desde lo más esencial y básico como es la

familia. Con la mujer y el hombre incorporados al mundo laboral a menudo se requiere de la ayuda de los abuelos, las abuelas u otras personas que también influyen en la crianza de los niños y las niñas. Con estas circunstancias sociales, resulta sorprendente el auge de modelos como la crianza natural que requieren de una gran dedicación de tiempo y esfuerzo por parte de los padres y las madres para atender con empatía las satisfacción de las necesidades de los niños y las niñas.

Los estilos de crianza están cada vez más en el punto de mira de nuestra sociedad pues se cree que las pautas educativas de pasadas y actuales generaciones son consecuencia de actuales desórdenes o enfermedades (conductas disruptivas, trastornos de hiperactividad, depresión, ansiedad, trastornos alimentarios...). Se cuestionan por tanto prácticas de crianza de separación tras el nacimiento de la madre y el bebé, alimentación artificial, uso de biberones y chupetes, no coger al bebé en brazos, dejar llorar al bebé, promover el que los niños duerman solos para que aprendan a dormir en su habitación desde bebés y el uso de disciplinas educativas autoritarias, negativas, impositivas o violentas. Este cuestionamiento hace que modelos como el de crianza natural sean incorporados por familias que buscan un cambio en las pautas, prácticas y creencias de la crianza.

Las familias precisan de ayuda para relacionarse y educar a sus hijos e hijas en el intento de adaptarse y adoptar formas que contemplen las características y las necesidades de niños, niñas y adolescentes. Se sugieren modelos afectuosos, respetuosos, tolerantes, posibilitadores de diálogo, escucha activa y empatía. Se empieza a promover la conexión emocional sin restar importancia a los límites y su importante papel en el desarrollo del individuo y de sus relaciones familiares y sociales.

3.3. Parentalidad positiva.

La parentalidad positiva propone un modo de ejercer la parentalidad responsable, consciente y adaptada a las necesidades de los niños y niñas de nuestra sociedad, orientado al respeto de sus derechos e intereses con el objetivo de lograr el mejor desarrollo y bienestar. La Recomendación (2006) 19 del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros sobre Políticas de Apoyo al Ejercicio Positivo de la Parentalidad, define la parentalidad positiva de este modo:

La parentalidad ejercida en el interés superior del niño significa que la principal preocupación de los padres debe ser el bienestar y el desarrollo saludable del niño y que deben educar a sus hijos de forma que puedan desarrollarse lo mejor posible en el hogar, en el colegio, con los amigos y en la comunidad. Los niños lo hacen todo mejor cuando sus padres se muestran

cariñosos y comprensivos, pasan tiempo con ellos, conocen su vida y comprenden su conducta, esperan que cumplan las normas, les animan a comunicarse abiertamente y reaccionan a las malas conductas aplicando medidas adecuadas y explicaciones en lugar de castigos severos (Comité de Ministros Europeos, 2006, p. 4).

La parentalidad positiva incluye los citados comportamientos y otros valores parentales relacionados con los siguientes aspectos que se recogen en la Recomendación citada:

- *Cuidado y protección.* Necesidad de amor, aceptación, receptividad y sensibilidad en el niño/a con implicación, afecto y apoyo de sus padres y madres, alegría, ayuda para calmarse si se angustian o preocupan.
- *Estructura y Orientación.* Seguridad y previsibilidad como ayuda a la responsabilidad, toma de conciencia de las necesidades de otros, autocontrol, normas, límites, rutinas, flexibilidad, negociación.
- *Reconocimiento.* Necesidad del niño de ser visto, escuchado y valorado como persona por padres y madres que se interesan por sus experiencias, le escuchan, comprenden su punto de vista, ayudan a expresar sus sentimientos permitiendo su participación en la vida familiar y toma de decisiones.
- *Capacitación.* Desarrollo de la autonomía del niño/a, de su sensación de competencia y control o habilidad para influir en las actitudes y conductas de los demás, destacando sus aspectos positivos, expresándoles confianza en su potencial y promoviendo situaciones de aprendizaje, experiencias y desarrollo de relaciones sociales. Acompañándole en sus distintas etapas.

Como podemos observar, se reconoce a los niños y a las niñas como ciudadanos activos, creativos y como actores sociales. La parentalidad positiva destaca la atención a los derechos de los niños y niñas así como a los de sus padres y madres a recibir apoyo de las autoridades públicas para cumplir sus funciones parentales. Se cita igualmente el esfuerzo necesario para implicar más a los hombres en el cuidado y la educación de sus hijos e hijas.

Otro aspecto destacado en la citada Recomendación (2006) sobre políticas de apoyo a la parentalidad positiva es el dedicado a los efectos negativos del castigo corporal que contraviene los derechos humanos del niño y constituye un atropello a su dignidad e integridad física por sus consecuencias perdurables a lo largo de toda la vida de los menores. La educación no violenta no es educación permisiva y recuerda que “los padres que están convencidos de que el castigo corporal de los hijos es tan ineficaz como humillante para el

niño encuentran formas no violentas más eficaces de resolver conflictos y asegurar que se respeten las reglas de comportamiento” (Comité de Ministros Europeos, 2006, p. 5).

La parentalidad positiva promueve una correcta socialización en los niños y las niñas desde el protagonismo que padres, madres e hijos/as tienen para construir conjuntamente normas y valores familiares usando la negociación y la adaptación mutua (Capano y Ubach, 2013). En este nuevo modelo se reconoce la contribución progresiva de los hijos y las hijas al proceso de socialización que construyen conjuntamente con sus familias en base a razonamiento y reflexión compartidos.

Rodrigo, Máiquez y Martín (2010b) describen la parentalidad positiva siguiendo la línea de la Recomendación antes citada como un comportamiento centrado en el cuidado y desarrollo de las capacidades del niño o de la niña, no violento, con reconocimiento, y orientación con límites. El objetivo de este modelo de parentalidad es promover relaciones positivas entre hijos, hijas, madres y padres que ejercen sus responsabilidades parentales garantizando los derechos del menor y optimizando su desarrollo potencial y su bienestar.

Todo lo citado hasta ahora en referencia a la parentalidad positiva coincide con las pautas, prácticas y creencias del modelo de crianza natural que se describirá más adelante y que también se orienta al respeto máximo de los derechos de los niños y las niñas. Como vemos varios enfoques y estilos de crianza están encontrando puntos de unión y sinergias en sus objetivos, fines, medios y metodologías como ocurre en este caso con la parentalidad positiva, la crianza natural, el modelo de disciplina positiva y la defensa de los derechos y deberes de los niños/as.

En resumen, esta parentalidad se centra en el mayor interés del niño/a educando a niños y niñas que puedan desarrollarse lo mejor posible en el hogar, en el colegio, con los amigos y en la comunidad. Pensando también en padres y madres que disfruten de su rol. Conocedores de que los niños/as lo hacen todo mejor cuando sus padres les muestran cariño y comprensión, comparten tiempo con ellos, conocen su vida y comprenden su conducta, confían en que cumplan las normas, les animan a comunicarse abiertamente y reaccionan ante las malas conductas aplicando medidas adecuadas y explicaciones en lugar de castigos severos.

3.4. Las competencias parentales.

Las competencias parentales son el conjunto de capacidades que permiten a padres y madres afrontar la maternidad y la paternidad con flexibilidad y adaptación ante las necesidades evolutivas y educativas de sus hijos e hijas (Rodrigo, Máiquez, Martín y Byrne,

2008). Estas habilidades se agrupan por algunos autores en dos grupos: habilidades educativas y habilidades personales que requieren de conocimientos que favorezcan las expectativas y las estrategias conductuales adecuadas para afrontar los problemas en la crianza de los hijos e hijas.

Las mujeres y los hombres que se desenvuelven bien en entornos de crianza se caracterizan por disponer de competencias con habilidades para la vida relacionadas con la buena autoestima, el control de impulsos, estrategias efectivas de afrontamiento y resolución de problemas, asertividad, etc. Maíquez, Rodrigo, Capote y Vemaes (2000) denominan a estas habilidades de *agencia personal* en relación a la percepción por parte de los padres de su rol parental y de su grado de satisfacción con el mismo.

Estas competencias parentales se adquieren en base a prácticas y experiencias reales que suponen oportunidades para poner en práctica las habilidades asociadas al tiempo que se obtiene un refuerzo positivo del efecto de las mismas en la familia.

Rodríguez, Camacho, Rodrigo, Martín y Maíquez (2006) vinculan las competencias parentales con las condiciones psicosociales de la familia y el marco educativo que los padres, las madres y cuidadoras o cuidadores han construido para vivir y convivir con el menor, de lo cual resultan sus características como persona. Sallés y Ger (2011) advierten de la influencia de determinadas condiciones psicosociales en la familias como la monoparentalidad, el bajo nivel educativo, la precariedad económica y la violencia del entorno, como circunstancias que dificultan la tarea educativa y para las que son necesarias determinadas competencias que favorezcan el desarrollo personal y la resiliencia.

Esto nos lleva a pensar en cuestiones relacionadas con la resiliencia, las características personales, las expectativas y la flexibilidad. Rodrigo, Martín, Cabrera y Maíquez (2009) citan varios estudios que afirman que se pueden lograr escenarios educativos adecuados en contextos de riesgo, dándose incluso el hecho de las condiciones adversas tienen mayor capacidad de resiliencia en los menores, y definiendo otras características que reducen los efectos negativos de los contextos de riesgo: buena competencia social, inteligencia media o superior, temperamento fácil, locus de control interno, alta autoestima, sentido del humor, capacidad para solucionar problemas, iniciativa y toma de decisiones, orientación al futuro, y entusiasmo y motivación por las cosas. Por esto, muchos autores relacionan las competencias parentales con la capacidad de adaptación de las madres y los padres con flexibilidad y positivamente a circunstancias y necesidades cambiantes. Otros indican que estas capacidades son muy semejantes a las necesarias en la relaciones interpersonales y que se pueden agrupar

en cinco competencias parentales: educativas, sociocognitivas, autocontrol, manejo del estrés y sociales.

Por lo tanto, el conocimiento de las competencias parentales permitirá potenciar aquellas que más se ajusten a las necesidades de padres, madres y menores y a sus diferentes características, contextos, situaciones y realidades y también ayudarán la expectativas positivas, la capacidad de ajuste, adaptación y flexibilidad de padres y madres. A partir del análisis de bibliografía y de la experiencia en la formación de familias en riesgo psicosocial, Rodrigo et al. (2009) proponen las competencias parentales reflejadas en esta tabla.

Tabla 2: Conjunto de habilidades requeridas para la tarea vital de ser padres (Rodrigo et al., 2009)

Habilidades educativas	<ul style="list-style-type: none"> - Calidez y afecto en las relaciones y reconocimiento de los logros evolutivos alcanzados a la medida de sus posibilidades - Control y supervisión del comportamiento del menor gracias a la comunicación y fomento de la confianza en sus buenas intenciones y capacidades y organización de actividades de ocio con toda la familia - Estimulación y apoyo al aprendizaje: fomento de la motivación, proporcionar ayuda contingente a las capacidades del menor, planificación de las actividades y tareas, orientación hacia el futuro e implicación en la educación formal (escuela) - Actitud ética ante la vida y educación en valores - Adaptabilidad a las características del menor: capacidad de observación y flexibilidad para ajustarse a los cambios evolutivos, perspectivismo (capacidad de ponerse en el lugar del otro), autocorrección ante los errores, reflexión sobre la praxis educativa y flexibilidad para aplicar las pautas educativas - Autoeficacia parental: Percepción de las propias capacidades para llevar a cabo el rol de padres - Locus de control interno: Percepción de que se tiene control sobre sus vidas y capacidad de cambiar lo que ocurre a su alrededor que deba ser cambiado
Habilidades de Agencia parental	<ul style="list-style-type: none"> - Acuerdo en la pareja: se acuerdan con la pareja los criterios educativos y los comportamientos a seguir con los hijos - Percepción ajustada del rol parental: Se tiene una idea realista de que la tarea de ser padres implica esfuerzo, tiempo y dedicación - Reconocimiento de la importancia de los progenitores en el bienestar del menor
Habilidades de autonomía personal y búsqueda de apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> - Implicación en la tarea educativa - Responsabilidad ante el bienestar del niño - Visión positiva del niño y de la familia - Buscar ayuda de personas significativas con el fin de complementar el rol parental en lugar de sustituirlo o devaluarlo - Identificar y utilizar los recursos para cubrir las necesidades como padres y como adultos - Búsqueda de ayuda de personas significativas y/o instituciones cuando tiene problemas personales y/o con los hijos - Confianza y colaboración con los profesionales e instituciones que les quieren ofrecer apoyo y ayuda
Habilidades para la vida personal	<ul style="list-style-type: none"> - Control de los impulsos - Asertividad - Autoestima - Habilidades sociales

	<ul style="list-style-type: none"> - Estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés - Resolución de conflictos interpersonales - Capacidad para responder a múltiples tareas y retos - Planificación y proyecto de vida - Visión optimista y positiva de la vida y de los problemas y crisis
Habilidades de organización doméstica	<ul style="list-style-type: none"> - Administración eficiente de la economía doméstica - Mantenimiento de la limpieza y orden de la casa - Higiene y el control de salud de los miembros de la familia - Preparación regular de comidas saludables - Arreglos y mantenimiento de la vivienda

La evaluación de la capacidad parental debe partir de las fortalezas de la familia, para lo cual conviene usar múltiples fuentes de información, evitar confiar excesivamente en instrumentos estandarizados no diseñados específicamente para evaluar la parentalidad, reconocer la deseabilidad social en las respuestas de los padres y las madres, aceptar la responsabilidad y la disponibilidad para el cambio de las madres y los padres, implicar y hacer partícipes a los miembros de la familia en la evaluación realizada, prevenir los propios sesgos del profesional y adaptar la evaluación a las características en las que se desarrolla la vida familiar (White, 2005, citado en Rodrigo et al., 2009).

Los programas de formación de madres y padres proporcionan conocimientos y estrategias para la adquisición de habilidades educativas al tiempo que promueven la seguridad y la satisfacción con el nuevo rol. A menudo integran contenidos más tradicionales (estilos educativos, desarrollo infantil, etc.) con contenidos de carácter más personal como la autoestima, la estrategias de afrontamiento, la gestión emocional, etc.

Uno de los objetivos básicos de la formación de padres y madres es el fomento de las redes de apoyo social, pues la integración social y las redes sociales de apoyo son claves en el desempeño parental según Hidalgo (2009). Los programas de formación son otra fuente de apoyo social aunque es importante que no sustituyan a otras redes informales. A menudo se trabaja con metodología de grupo y tienen carácter preventivo, en los que se encuentran los dos momentos de mayor motivación para la participación en los mismos: el nacimiento del bebé y la adolescencia.

Los primeros programas de educación de padres surgieron en la tradición de las llamadas Escuelas de Padres que se llevaban a cabo, por lo general, en centros educativos. Se trata de un modelo bastante cuestionado en la actualidad al identificar la formación de padres con un proceso académico de educación formal, basado en el aprendizaje de conocimientos (Martín et al., 2009).

Otro ámbito de formación y apoyo para las familias ha emanado tradicionalmente de la atención sanitaria en la atención al embarazo y al parto. La formación para las nuevas familias ha sido ofrecida por el personal sanitario de los servicios de salud en referencia a la clásica formación, recibida principalmente por las mujeres, la archiconocida “preparación al parto”.

Hace tiempo se constató la importancia de preparar no sólo a las mujeres sino también a sus parejas para algo más que para el momento del parto. En Canarias, en el año 2009, se publicó el Programa de Atención a la Salud Afectivo Sexual y Reproductiva (PASAR) de la Consejería de Sanidad, del Gobierno de Canarias. En este documento se aborda la atención a la salud en el embarazo, parto y puerperio con dos actuaciones: una asistencial, dirigida a vigilar la salud de la mujer durante todo el proceso y otra de promoción de la salud que incluye la preparación a la maternidad y a la paternidad. Para el desarrollo de esta segunda vía de promoción de la salud se ofrece material al personal sanitario a través del programa citado (PASAR) incluyendo la planificación de tres módulos a desarrollar en diferentes momentos.

La existencia de este documento de guía que orienta la formación teórico-práctica actualizada en momentos tan relevantes en la vida de las familias cumple con una doble función: la formación a las familias y la actualización de los profesionales sanitarios que imparten los módulos. Este espacio de preparación a la maternidad y paternidad es una oportunidad única para compartir con las familias temas y preocupaciones que pueden servir de prevención de dificultades, trastornos y enfermedades posteriores. Además se aprovecha un momento de motivación único para las familias producto de la ilusionada espera de la llegada de sus bebés, un momento en el que las madres se muestran sensibles, receptivas e incluso relajadas si están en periodos avanzados de gestación sin el cansancio que les ocasiona la atención a sus tareas laborales.

El desarrollo de las funciones parentales requiere de la preparación de unos profesionales con unas competencias o habilidades específicas que a continuación vamos a definir desde el enfoque de la parentalidad positiva. Para nombrar estas habilidades Rodrigo, Máiquez y Martín (2010) se inspiran en los estándares ocupacionales desarrollados en el Reino Unido para el trabajo con familias (National Occupational Standards, NOS, 2005). Estos estándares permiten delimitar mejor el rol del profesional al identificar las habilidades requeridas cualquiera que sea su procedencia disciplinar, a la vez que ayudan a identificar las necesidades de formación de los profesionales que trabajan con familias.

Construcción del contexto profesional
<ul style="list-style-type: none">• Conocimiento disciplinar• Características y necesidades de las poblaciones con las que se trabaja• La cultura de referencia• Contexto legal• El rol profesional
Procedimientos de evaluación e intervención
<ul style="list-style-type: none">• Modelos y enfoques profesionales• Instrumentos y protocolos• Programas de intervención• Diseños de evaluación y difusión de resultados
Planificación y gestión de la acción
<ul style="list-style-type: none">• Identificar necesidades, planificar, tomar decisiones y llevar a cabo estrategias de acción• Trabajar en la organización, en la cultura de la evaluación, de la formación continua, la innovación y de los procesos de cambio institucional• Moverse desde la organización hacia la coordinación con otros ámbitos con los que se trabaja
Relaciones interpersonales
<ul style="list-style-type: none">• Respeto• Delicadeza/disponibilidad• Compresión/ Empatía• Comunicación/Apoyo• Afecto/cordialidad• Flexibilidad/creatividad• Negociación/Mediación• Control del estrés/tolerancia

Figura 1: Conjunto de saberes y habilidades necesarias en los profesionales de ayuda (tomado de Rodrigo, Maíquez y Martín, 2011.)

Rodrigo et al. (2010a) indican que la educación parental se concibe como un recurso psicoeducativo indispensable en el nuevo modelo de Servicios Sociales Municipales. La promoción de la educación parental puede ser un instrumento eficaz para avanzar en la universalización del derecho a los servicios y prestaciones básicas, fortalecer el sistema público de servicios sociales y conseguir que estos sean más ágiles, flexibles y accesibles. Asimismo, indican que la incorporación de programas de educación parental puede ser un exponente claro de la capacidad de innovación y la proactividad del servicio, coherente con las necesidades sociales emergentes de las familias, favoreciendo una mayor coordinación en el conjunto de los recursos de los servicios sociales y potenciando los sistemas de calidad de

los mismos. Por estas razones proponen la educación parental como recurso psicoeducativo para promover la parentalidad positiva.

El Consejo de Europa, consciente de la complejidad y de las necesidades de apoyo que conlleva la maternidad y la paternidad, promovió como vimos, la Recomendación Rec (2006), sobre políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad. El objetivo es conseguir que los estados miembros apoyen a los padres y las madres en sus tareas educativas a través de: a) las políticas familiares adecuadas que proporcionen las medidas legislativas, administrativas y financieras para crear las mejores condiciones posibles para la educación positiva, b) la prestación de servicios de apoyo para padres y madres tales como servicios de asesoramiento locales, líneas telefónicas de ayuda y programas educativos, y c) proporcionar servicios especializados para los padres y las madres en situación de riesgo para prevenir el desplazamiento innecesario de los niños y las niñas del hogar familiar motivado por situaciones de maltrato (Comité de Ministros Europeos, 2006).

Otra cuestión importante para que los padres y las madres puedan desarrollar sus funciones parentales es que conozcan las necesidades de los infantes. López (2008) menciona las siguientes necesidades en la infancia:

- Necesidades de carácter físico–biológico, como la alimentación, sueño, higiene, temperatura, actividad física (ejercicio y juego), integridad física y protección de riesgos reales.
- Necesidades cognitivas a partir de la estimulación sensorial, la exploración física y social, la comprensión de la realidad física y social, el autocontrol y la adquisición de un sistema de valores y normas, que permitan a los niños/as presentar comportamientos prosociales.
- Necesidades emocionales y sociales, favoreciendo la seguridad emocional, la identidad personal y la autoestima, construyendo una red de relaciones y buenos apoyos sociales, así como la participación y autonomía progresiva, a la vez que la necesidad de establecer unos límites al comportamiento.
- Necesidades sexuales, a partir de la exploración, autoconocimiento y autoestimulación y por último, las necesidades del entorno físico y social, mediante la protección de riesgos potenciales y la interacción lúdica que favorece las actividades corporales y favorece el proceso de socialización.

La formación planteada debe considerar siempre a los padres y las madres como adultos en proceso de desarrollo que necesitan apoyo y asistencia para poder realizar su tarea

educativa con la finalidad de promover tanto sus habilidades educativas como las centradas en desarrollar la competencia personal e interpersonal, dado que ambas contribuyen al desarrollo y la educación de sus hijos e hijas (Máiquez, Rodrigo, Capote y Vermaes, 2000).

Una de las maneras de abordar la formación de los padres y las madres ha sido, según Martín (2005), en base al desarrollo de programas de educación parental, que se pueden clasificar en dos grupos: a) los que son de acceso universal, dirigidos a todos los padres y las madres y diseñados para informar y preparar en sus deberes y responsabilidades, y b) los que son de acceso limitado, y que en su mayor parte están dirigidos a un determinado tipo de familias, en su mayoría en situación de riesgo para el menor o para la estabilidad familiar.

En el primer caso estarían los programas de prevención primaria desarrollados en grupo como por ejemplo los programas de cuidados prenatales a madres primerizas o los programas de formación de las “Escuelas de padres”. En el segundo caso estarían los programas específicos de acceso limitado, dirigido a familias que cumplen con una serie de criterios para ser incluidos dentro de grupos en riesgo bio–psico–social para la prevención, por ejemplo, del abuso infantil, la violencia o la negligencia, y en algún momento desarrollados a través de visitas domiciliarias.

En la educación parental seguiremos la clasificación de los programas en tres generaciones de Rodrigo et al. (2008, citado en Martín, Máiquez, Rodrigo, Byrne, Rodríguez y Rodríguez, 2009).

Programas de primera generación (años sesenta). Estos programas ponen el énfasis en la calidad de las pautas educativas parentales para proporcionar un ambiente de apoyo y estimulación para el desarrollo de los niños y las niñas, conocer el desarrollo evolutivo, mejorar las estrategias de comunicación para el desarrollo cognitivo, lingüístico, social y emocional en los niños y las niñas. Se promueve el contacto con otros padres en sesiones de grupo o se realizan visitas domiciliarias, respondiendo a un enfoque unidireccional solo con los padres y las madres.

Programas de segunda generación (años noventa). Ponen el énfasis en la calidad de la interacción padres–hijos durante la realización de actividades cotidianas para construir pautas positivas de apego, promover la sensibilidad parental, la empatía y el afecto, y enseñar a poner límites, manejar conductas inadecuadas y aprender a usar estrategias de interacción con menores agresivos mediante el uso de viñetas, videos, episodios. Se fomentan las reuniones con otros padres y madres para el apoyo social con enfoque bidireccional.

Programas de tercera generación (actualidad). Tienen como objetivo el funcionamiento familiar como sistema, mediante intervenciones comprehensivas duraderas, multi–dominio y multi–contexto mediante la relación de pareja y la co–parentalidad, el apoyo a la transición a la maternidad de las madres adolescentes o bajos ingresos. Se desarrollan experiencias de participación familia–escuela para prevenir las conductas agresivas y mejorar la convivencia.

Cabe destacar que este tipo de programas parentales se abordan tanto en centros escolares como por parte de Servicios Sociales. Si a esto le sumamos las acciones formativas de los centros sanitarios, citadas anteriormente, vemos como la formación parental se aborda en diferentes contextos y desde diferentes perspectivas: escolar, social y sanitaria.

3.5. Modelos de formación parental.

Un aspecto muy importante en la formación de padres y madres tiene que ver con el modelo pedagógico que inspira su diseño, dado que son tan importante los objetivos y los contenidos como los procedimientos metodológicos para llevarlos a cabo generando un aprendizaje significativo. A continuación se describen diferentes modelos de formación de padres y madres, como son el modelo académico, el técnico y el experiencial comentados por Martín et al. (2009):

- El *modelo académico*. Este modelo consiste en la adquisición de conceptos sobre el desarrollo y la educación de los hijos e hijas en un escenario de aprendizaje formal mediante la transmisión de contenidos teóricos sobre psicología evolutiva y educativa con una orientación hacia el “deber ser”, dado que se presupone que los padres bien informados estarán en condiciones de cambiar de actitud en la educación de sus hijos. Sus debilidades son la poca atención a las teorías implícitas de cada padre o madre que actúan como filtros interpretativos, la falta de contextualización de los conocimientos presentados en modo experto a sus casos particulares, el enfoque de modelar hacia “lo correcto” que puede generar frustración y culpabilidad y el modelo de evaluación del impacto en términos académico y de aprendizaje conceptual, pero no de transferencia.
- El *modelo técnico*. Estos programas pretenden que los padres y las madres adquieran técnicas y procedimientos basados en la modificación de la conducta en un escenario de entrenamiento experto concibiendo a los padres y madres como técnicos que pueden llegar a ser eficaces con menos información teórica que en el modelo académico y más “prácticos” en las que se enseñan técnicas específicas de control de la conducta de los hijos/as con toda una batería de técnicas de refuerzos,

castigos, retirada de privilegios, modelado, etc., pero con el riesgo permanente de acabar dando “recetas” que no si funcionan del todo bien pueden generar dependencia del experto que sí sabe, pero que irá perdiendo su credibilidad hasta el posible abandono del programa o incluso la rebelión. Tampoco tiene en cuenta las ideas previas de los padres y las madres, y a pesar de participan activamente, sólo lo hacen en la reproducción de técnicas descontextualizadas de su situación sociofamiliar.

- El *modelo experiencial*. Este modelo trata de reconstruir el conocimiento episódico cotidiano en un escenario sociocultural en una formación de padres y de madres de tipo experiencial para conceptualizar las prácticas de la vida cotidiana. La tarea principal la van a realizar los padres y las madres, identificando, reflexionando y analizando sus propias ideas, sentimientos y acciones en los episodios de la vida cotidiana. Este modelo sí está contextualizado al partir los padres y madres de su prácticas, sus experiencias y sus problemas concretos y no de lo que se debería hacer, teniendo en cuenta sus creencias en un proceso inductivo de construcción del conocimiento cotidiano–experiencial, haciendo poco probable la aparición de culpabilidad, frustración, dependencia e incompetencia parental.

Cada modelo plantea diferentes dificultades al rol parental: si el exceso de información conceptual del modelo académico sobre todo lo hay que aprender para ser buen padre desalienta a los padres y a las madres, y la desorientación sobre cómo, cuándo y por qué aplicar en casa las técnicas aprendas en clase lastran el modelo técnico, la dificultad del modelo experiencial reside en la toma de conciencia de los padres y las madres de su propia realidad sociofamiliar. A pesar de ello, gracias a la observación de las experiencias de otros padres y madres y al análisis de su propia forma de actuar, es posible que asuman compromisos de cambio concretos de sus situaciones familiares conflictivas (Martín, 2005)

Otra fortaleza de los programas de la línea experiencial es que se basan en promover el desarrollo de competencias parentales (empoderamiento) y no en el descubrimiento de sus déficits. Además, es crucial la integración del programa dentro de la red de recursos estables de la comunidad y proporcionar una buena coordinación entre los diferentes servicios de apoyo.

Un ejemplo de programa experiencial es el programa *Crecer Felices en Familia, programa de apoyo psicoeducativo para promover el desarrollo infantil* (Rodrigo, Máiquez,

Byrne, Rodríguez, Martín, Rodríguez y Pérez, 2009), que se caracteriza por estar centrado en las competencias de los padres y promover el desarrollo de los niños desde su nacimiento hasta los 5 años. Con su implementación se estimula la reflexión sobre las cogniciones de los padres y las madres respecto al comportamiento con los hijos/as. Tiene una orientación muy práctica dirigida al entrenamiento de pautas concretas de actuación y secuencias de interacción, inspirándose en la metodología experiencial.

Un aspecto importante de este programa es que el mediador tiene una función de acompañamiento, asesoramiento, apoyo y modelado para los padres y las madres. Sigue un esquema de colaboración mediante el refuerzo de sus capacidades educadoras y de su implicación en la tarea con una temporalización de la intervención de cinco meses aproximadamente y una hora y media semanal.

Se destaca en estos programas la importancia del rol del profesional como facilitador y mediador y nunca como experto. Su papel consiste en permitir el protagonismo a los padres y las madres y validar sus ideas, concepciones, prácticas y forma de ver la realidad familiar. El proceso de cambio no es lineal y de fuera a dentro sino curvilíneo y de dentro a fuera. No da por sentado que existe un solo modelo de educar sino que hay que ayudar a los padres y a las madres a encontrar su propio modelo realizando correcciones puntuales al que ya se está utilizando (Martín et al., 2009). Parece importante que esas correcciones se hagan con prudencia, asertividad, empatía y respeto a la vez que visualizando la motivación de cambio.

El facilitador o mediador tiene varias funciones: facilitar lenguajes, ofrecer información alternativa como un miembro más del grupo que aporta ideas, creencias y prácticas que proporcionen modelos educativos alternativos que no hayan salido espontáneamente en el discurso explícito de las familias. Como mediador debe apoyar y facilitar el proceso de intercambio, negociación y transformación del conocimiento a la vez que canaliza la atención a aspectos relevantes de modo reforzante y accesible para los padres y las madres. También es el responsable de regular el clima emocional del grupo, concretamente el nivel de frustración, el autoconcepto parental, las relaciones interpersonales y los aspectos motivacionales (Máiquez et al., 2000; Rodrigo, Máiquez, Martín y Rodríguez 2006, citado en Martín, et al. 2009).

Queremos nombrar, por su enfoque y reciente creación, el programa de parentalidad positiva llamado “Ganar salud y bienestar de 0–3 años” ofrecido por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a las familias dentro de la Estrategia Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (2013) y consistente en actividades interactivas online de apoyo a la

familia para reforzar la vinculación afectiva, la salud y el bienestar emocional de los niños y niñas desde el nacimiento hasta los 3 años de edad.

En el horizonte, gracias a la experiencia de los programas de tercera generación y al desarrollo de las nuevas tecnologías de la información, quizás estemos cerca de ver el nacimiento de los programas de cuarta generación relacionados con el auge de las comunidades de interés y aprendizaje, la capacidad de liderazgo de los propios padres y madres dentro de un grupo con intereses compartidos y su implementación en entornos virtuales.

El desarrollo de las competencias parentales nos lleva a constatar la necesidad de desarrollo personal y aprendizaje a lo largo de todas las etapas vitales para el cuidado de los hijos e hijas, de las parejas, de la familia y de nosotros mismos. El ejercicio de la maternidad y la paternidad requiere entender tanto las situaciones de los hijos e hijas como las propias personales. Conscientes de las regresiones que se producen en los padres y en las madres a su infancia durante el cuidado de sus hijos e hijas, de la influencia de los modelos educativos parentales de las familias de origen o de las razones bio-socio-culturales implícitas en las prácticas educativas es amplio el reto de la formación a las familias y la información proveniente de múltiples disciplinas: psicología, educación, biología, antropología, ecología, etc.

Nos gustaría destacar, tal y como hemos avanzado, que la formación orientada a las familias se está ofreciendo en nuestro país desde tres ámbitos diferentes: el ámbito sanitario, social y educativo. Parece coherente pensar que una buena coordinación entre las instituciones responsables de estas acciones redundaría en una mejor atención a las familias y en un mensaje coordinado y actualizado en todos los ámbitos que facilitara la prevención de dificultades, trastornos o problemas de salud, sociales y educativos. Esta parece una de las tareas pendientes más urgentes para los responsables de los diferentes servicios. Esperemos que en esos posibles programas de cuarta generación se aúnen esfuerzos, conocimientos y prácticas de profesionales de ámbitos interdisciplinares y se empodere progresivamente más a las familias como líderes de los procesos.

4. Apoyo social en la crianza

Las necesidades de apoyo de las madres y los padres son distintas en función de sus características y de su sistema familiar, agudizándose en momentos de transición como

sucede, por ejemplo, en la transición a la maternidad y a la paternidad. Los programas de intervención ofrecen apoyo a padres y madres en diferentes etapas del ciclo familiar y a familias con diferentes situaciones, animándoles a hacer uso de otros apoyos sociales y evitando generar dependencia de expertos o profesionales (Hidalgo, 2009).

La unión de unas expectativas adecuadas con unas buenas competencias parentales supone el contexto propicio para un desempeño adecuado del rol de madre o padre. Ello requiere de la combinación de autonomía y la capacidad de búsqueda de apoyo social. La autonomía personal y la responsabilidad también son aspectos fundamentales en la maternidad y la paternidad. A pesar de contar con todo este repertorio de factores de ayuda, en ocasiones las situaciones superan a los recursos personales y es conveniente contar con una red familiar y social de apoyo emocional e instrumental para responder a las demandas de la maternidad y la paternidad, como indican López, Menéndez, Lorence, Jiménez, Hidalgo y Sánchez (2007).

Por otro lado, el nacimiento de un hijo o hija puede estrechar las relaciones con la familia extensa que les ofrece apoyo a la vez que se puede generar un distanciamiento del contacto con las amistades. En el ámbito laboral, se detectan cambios importantes en las mujeres que trabajan fuera del hogar al dejar el trabajo o disminuir su implicación en el mismo según Crouter, 1994, Crouter y McHale, 1993, Singley y Hynes, 2005 (citado en Hidalgo, 2009).

El apoyo social a la familia se relaciona con el bienestar de todos sus miembros y emana principalmente de la ayuda mutua en la propia familia. En esta red de apoyos serán muy relevantes las relaciones sociales establecidas entre los familiares y, a falta de políticas de apoyo a las familias, la ayuda ofrecida por los parientes más cercanos, sobre todo los abuelos y las abuelas. Esto hace pensar en familias menos nucleares y más extensas que apoyan y ayudan a padres y madres en el desarrollo de sus tareas parentales.

Estas diferencias constatadas en el modo y apoyo para atender sus funciones también las encontramos en el uso de distintos estilos parentales y, lo que es más grave, estas desigualdades tienen consecuencias en el desarrollo de los menores procedentes de familias más pobres. Las familias con bajo nivel educativo son propensas a utilizar estilos parentales más autoritarios que redundarán en un desarrollo de aprendizajes sociales, emocionales y cognitivos menor en sus hijos e hijas.

Estudios recientes como el de Hair, N.L., Hanson, J.L., Wolfe, B.L., y Pollak, S.D. (2015) ponen de manifiesto, además, que las estructuras del cerebro destinadas a procesos

críticos para el aprendizaje son vulnerables a las circunstancias ambientales de la pobreza, como el estrés, la escasa estimulación y la nutrición. Estos autores sostienen que el desarrollo de estas regiones del cerebro es sensible al entorno y a la crianza del niño, tanto es así, que cuantifican que estos problemas de desarrollo cerebral explicarían hasta el 20% del bajo rendimiento de los menores con pocos recursos.

El anterior estudio coincide con el trabajo de Luby (2015), que alerta de la alta vulnerabilidad y adaptabilidad del cerebro humano en su fase de desarrollo. Estas evidencias sobre el desarrollo dan un nuevo significado a la importancia de proteger y mejorar el entorno propicio para el desarrollo de los niños y niñas pequeños durante esta ventana de oportunidad en los primeros años de vida.

Según esta experta, es fundamental aumentar el apoyo a los progenitores durante la primera infancia para prevenir de forma eficaz el lastre cognitivo y académico que implica para los niños y las niñas vivir en la pobreza. Como señalan Hair et al. (2015), estos nuevos datos deben conducir a políticas públicas destinadas a mejorar y disminuir las desigualdades. Las actuaciones dirigidas a mejorar el entorno de los niños y las niñas pueden alterar el vínculo entre la pobreza infantil, las deficiencias cognitivas y el rendimiento académico.

Salvia y Tuñón (2011) afirman que algunos indicadores permiten reconocer las profundas desigualdades sociales que experimentan los niños y las niñas en los procesos de crianza y socialización en una etapa vital, que se reconoce esencial en tanto sienta las bases del potencial desarrollo de las niñas y los niños determinando incluso sus itinerarios futuros.

Estos estudios nos llevan a entender la urgente necesidad de apoyos sociales públicos para estas familias situadas en el umbral de la pobreza y carentes en muchos casos también de una red de apoyo social o familiar que fomente un estilo educativo distinto al autoritario. Este objetivo es recogido también en la Recomendación Rec (2006)19 del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros sobre Políticas de Apoyo al Ejercicio Positivo de la Parentalidad (Comité de Ministros Europeos, 2006).

De cualquier modo, en la atención a los aspectos necesarios para promover el apoyo a las familias se evidencian enormes diferencias entre las políticas de atención a la infancia de los distintos países, incluso dentro del mismo continente o país como ocurre en Europa y España, respectivamente.

Unido a los recursos personales y el apoyo de la pareja, el apoyo social es un factor decisivo en la satisfacción y bienestar de la maternidad y la paternidad siendo muy beneficiosa la ayuda tanto informal (familiares y amistades) como formal (instituciones y

profesionales) tanto para apoyo emocional como instrumental (ayuda económica o a tareas). Si el tipo de transición vivida por la madre predice el nivel de desarrollo de los niños o las niñas es conveniente cuidar el nivel de apoyo social de esta. Cuando el apoyo se ofrece a las parejas como preparación a su parentalidad será más fácil tener una buena transición y un desempeño competente de sus nuevos roles maternos y paternos (Hidalgo, 1998).

4.1. Apoyo formal.

Las redes informales de apoyo ofrecen ayuda diferente en función de la persona involucrada (familia, amistades, personas recién conocidas pero dispuestas a ayudar, voluntarios o voluntarias, vecindad, comunidad, etc.) configurando sistemas ecológicos de ayuda y apoyo mutuo (Lila y Gracia, 1996). Por otro lado, los servicios formales de ayuda operan a partir de criterios para elegir las personas que recibirán la atención, con expectativas previas y criterios objetivos acerca de lo que constituye el éxito o el progreso.

Ambos servicios no compiten al ser utilizados por los usuarios/as por tener funciones diferentes y complementarias, necesarias para satisfacer las necesidades de ayuda y apoyo sobre todo en situaciones más problemáticas. Gottlieb (1983, citado en Lila y Gracia, 1998) encuentra las siguientes diferencias entre las redes sociales naturales y los sistemas formales: a) accesibilidad natural; b) congruencia con las normas locales en momento y forma de prestar y expresar apoyo; c) relaciones duraderas entre iguales; d) variabilidad desde la provisión de bienes y servicios materiales a la simple compañía; y, e) su libertad e independencia de los costes económicos y psicológicos que tienen lugar cuando se utilizan los recursos profesionales.

La etapa de la crianza es reflejo de la buena convivencia entre los sistemas de apoyos informales y formales, como se producen, por ejemplo, en los grupos de ayuda a la lactancia liderados en muchas ocasiones por matronas o enfermeras. Por otro lado, en este estudio se utilizará información relevante proveniente de los incipientes grupos de ayuda surgidos gracias a nuevas herramientas de la tecnología de la información y la comunicación como son los teléfonos inteligentes o *smartphones* y la posibilidad de uso de la mensajería instantánea.

La colaboración de los sistemas informales con los sistemas formales se puede contemplar desde diferentes criterios: económicos al ser gratuitos o de gasto mínimo y ampliar la cobertura de los servicios, por accesibilidad y sensibilidad a diferentes culturas y necesidades especiales así como por el rol participativo que fomentan a la vez que sirven de puente entre ambos sistemas facilitando el acceso a sistemas formales. También se destaca su

capacidad para identificar necesidades de los usuarios por cercanía de valores, contexto y cultura de modo que en algunos casos desempeñan mejor su función o logran más efecto que los sistemas formales.

En otros casos, los marcos profesionales pueden obstaculizar la ayuda con limitaciones para enfocarse en positivo y en potencialidades más que en déficits y debilidades, con dificultades también para reconocer a algunas personas como potenciales cuidadores o con falta de formación para contactar con el entorno social y generar participación desde un rol de menos experto con autoconfianza y ayuda mutua. Es conveniente identificar la forma en que las personas comparten problemas para intentar compartir también sus soluciones.

No podemos obviar el hecho de que algunos grupos de autoayuda surgen por antipatía o antagonismo hacia profesionales u organizaciones con presencia de otros profesionales que participan y colaboran con roles como los siguientes: organizador y legitimador del grupo, apoyo técnico, conexión con la comunidad profesional, co-líder o asesor (Lila y Gracia, 1996). Conviene resaltar que es necesaria cierta distancia y autonomía del grupo de las organizaciones profesionales para el adecuado funcionamiento y posible colaboración de los dos sistemas de ayuda.

Un elemento favorecedor del apoyo social son las políticas de conciliación, dirigidas específicamente a ofrecer apoyo para la combinación de la vida profesional, familiar y privada con diferentes desarrollos que dan lugar a distintos modelos de regímenes de bienestar social que a su vez generan distintos niveles de satisfacción y distintos patrones de estrategias sociales.

La Ley para la Igualdad (2007) convierte en un derecho los diferentes instrumentos de conciliación de la vida personal familiar y laboral de los trabajadores y trabajadoras para fomentar el reparto equilibrado de las responsabilidades familiares, evitando toda discriminación basada en su ejercicio.

Los derechos actuales para madres y padres difieren en países europeos. En los países del Sur de Europa, entre los que cabe destacar a España e Italia, la práctica inexistencia de una política familiar adecuada a las demandas, unido esto a la estructura de sus mercados laborales, es un factor que incide en el incremento del coste laboral y económico que supone tener hijos e hijas (Ortega, 2012).

Los elementos siguientes parecen ser bastante comunes en política social al abordar directamente las situaciones de las familias y se recogen en la Recomendación REC (2006)19 Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros sobre Políticas de Apoyo

al Ejercicio Positivo de la Parentalidad (Comité de Ministros Europeos, 2006): las ayudas públicas y la fiscalidad, la conciliación de la vida laboral y la vida familiar, y la infraestructura de servicios de atención a la infancia. La atención de calidad de estos servicios es una forma de garantizar el bienestar del niño. El cuidado infantil de calidad como una contribución importante a la cohesión social, puesto que fomenta el desarrollo social, emocional, intelectual y físico de todos los niños y crea oportunidades de participación.

La mejora de estas políticas es necesaria tanto para madres como para padres pues se constata cada vez más un aumento progresivo de la implicación de muchos padres en el cuidado de los menores, de modo que se cuestiona la absoluta dependencia de las criaturas de la madre, así como las especiales destrezas “naturales” de las mujeres. Parece que el desarrollo de la empatía y la atención al cuidado de los hijos y las hijas puede ser compartido por los miembros de la pareja sin distinción de género.

Surge continuamente una relación entre lo privado y lo público en asuntos educativos. Sería conveniente que, desde las esferas públicas se realizaran los esfuerzos necesarios para ampliar las políticas de maternidad y paternidad de modo semejante a como lo hacen en países del norte de Europa con los que a menudo contrastamos nuestra eficacia educativa. La inversión en salud y educación en los primeros años de vida repercute en los años y etapas posteriores por lo que es imprescindible la mejora de las políticas de ayuda y conciliación familiar.

A falta de estas medidas y apoyos las madres y los padres reciben por un lado información sobre la importancia del apego, el vínculo, el cuidado y la educación de sus hijos e hijas desde las etapas tempranas pero por otro lado la sociedad les requiere en el mercado laboral, de modo que el mensaje implícito evidencia y nuestras las prioridades del sistema explícitamente.

En una sociedad poco consciente de la relevancia del cuidado de los menores y poco comprometida con la defensa de los derechos de los niños, las niñas, sus madres y padres aparece el fenómeno de las mujeres *child-free* que deciden no tener hijos. Una tendencia que según el CSIC (Centro Superior de Investigaciones Científicas) es cada vez más frecuente entre las parejas españolas. Otras posponen la maternidad hasta los 35 años por lo menos o reducen el número de hijos. Este descenso en la natalidad se debe, según Badinter (2011, citado en Saletti, 2014), por un lado al ideal de maternidad intensiva y por otro a la falta de políticas públicas orientadas a considerar y atender todos los deseos de las mujeres. Los datos

parecen confirmarlo en España según el INE en 2012 el número de nacimientos registraba su cuarto año consecutivo de descenso.

4.2. Apoyo informal: grupos de apoyo virtual.

El auge y desarrollo de las nuevas tecnologías han supuesto para los grupos de apoyo nuevos escenarios de contacto en el ámbito virtual. Las familias encuentran en Internet un lugar de información, encuentro y asesoramiento en cuestiones de crianza. La motivación de algunas familias por difundir su forma de criar y educar redundaba en la creación de múltiples espacios web donde se puede encontrar información actualizada de múltiples prácticas.

Las fundamentos aquí expuestos habían tenido hasta la aparición y posterior uso cotidiano de Internet unos cauces de conocimiento y difusión fácilmente identificables: las comunidades tradicionales de crianza, las familias y su relación con los sectores profesionales dedicados a aconsejar los cuidados que se debían proporcionar al bebé. Abordamos ahora la relación entre Internet y crianza, principalmente la crianza natural debido a la difusión que esta ha tenido en los últimos años gracias a la información publicada en páginas, blogs y redes sociales y, dato importante, ofrecida en muchos casos por familias seguidoras de este modelo.

Junto a Internet, la aparición de otras tecnologías de información y comunicación, las redes sociales en la web o el intercambio de información e interacción a través de mensajería instantánea gracias al desarrollo de los teléfonos inteligentes suponen también nuevos escenarios influyentes en el conocimiento, difusión y expansión de este modelo.

Según el dicho popular, los niños y las niñas llegan al mundo sin manual de instrucciones, pero lo cierto es que existen cientos de manuales y libros para dar instrucciones distintas a las familias respecto a la crianza. Muchas de esas instrucciones se encuentran en la actualidad en Internet, donde se reciben millones de consultas diarias de familias que usan este espacio como fuente de información.

Antiguamente, todo el mundo aprendía a criar en la familia con experiencias de hermanos, hermanas, sobrinos, sobrinas, primos o primas pero las actuales madres y padres a menudo se acercan por primera vez al cuidado de un bebé con el suyo propio. A raíz de la llegada de Internet y de su variada tipología de espacios virtuales cuando se produce, como en miles de campos de prácticas e intereses profesionales y personales, una aceleración de los procesos que antaño eran de transmisión más lenta, sumando y añadiendo nuevas capacidades y funciones a este grupo de usuarios.

Las razones que han podido influir en la aparición de espacios en la web, Garrido (2012) afirma que las redes de crianza respetuosa, presenciales y virtuales, son una alternativa al modelo de crianza convencional en Occidente, consecuencia de la ausencia de una familia extensa, de la soledad y desconocimiento de todo lo que implica la maternidad, incluida la visión sobre las necesidades de los niños/as. Estas redes de madres se organizan de manera generosa para ayudarse y apoyarse, tanto presencial como virtualmente, mediante diferentes iniciativas y proyectos.

Internet facilita el acceso a la información y el contacto de personas que comparten intereses comunes. Rheingold (1987), que es el primer autor que en esa temprana fecha habla de comunidades virtuales, destaca de ellas que "al igual que cualquier otra comunidad, es también un conjunto de personas que se adhieren a un cierto (laxo) contrato social que comparten ciertos intereses (eccléticos)" (p. 3). Al mismo investigador le debemos una definición posterior más elaborada: "Las comunidades virtuales son agregaciones sociales que surgen de la Red cuando suficientes personas se mantienen en una discusión pública durante suficiente tiempo y con suficiente sentimiento humano como para establecer redes de relaciones personales en el ciberespacio" (Rheingold, 1993, p. 5). Aunque más importante que la definición de comunidad virtual, es el hecho de predecir en esa fecha que la comunicación mediada por ordenador era el caldo del cultivo idóneo para la proliferación de comunidades.

Las comunidades virtuales que se han "agregado" en torno al interés de la crianza natural (existen también otras comunidades de crianza pero menos organizadas y focalizadas) desarrollan un modelo social de cercanía y acompañamiento que, según Garrido (2012), las convierten en "una versión contemporánea que sustituye la función social de apoyo físico y emocional que desarrollaban tradicionalmente las redes de mujeres en torno a la maternidad, a lo largo de la historia de la humanidad" (p. 29).

En nuestro caso, se trata de dilucidar cuánto le debe el expansivo modelo de crianza natural a la existencia de Internet, cómo ha afectado Internet a la participación de las comunidades en los diferentes entornos virtuales sobre la manera de afrontar la crianza y si la actividad de sus miembros en los diferentes entornos virtuales permite afirmar que hay un aprendizaje socialmente situado.

Entre las nuevas posibilidades que ofrecen los espacios virtuales para el desarrollo del modelo de crianza respetuosa, o natural, como preferimos denominarla en nuestra investigación, destacamos por su pertinencia las funciones que Garrido (2012) encuentra en su estudio sobre etnopediatría en entornos virtuales: a) difusión de la crianza e intercambio de

información, b) red de maternidad y apoyo emocional, c) activismo social y d) establecimiento de criterios similares. Entre estos "criterios similares" encontramos el respeto a los procesos madurativos de los niños y niñas, la necesidad del contacto físico y empatía para cubrir las necesidades infantiles, la lactancia materna y el destete respetuoso, la consideración del sueño infantil, el cuidado de la salud emocional y física de los niños desde los estilos parentales, y la conciliación verdadera de las necesidades del mundo adulto e infantil. Todos ellos caracterizan plenamente el modelo de crianza natural y funcionan en la comunidad como un elemento aglutinante que proporciona identidad y sentimiento de pertenencia.

El modelo de crianza natural está en crecimiento gracias a las actuales redes sociales, a pesar del tiempo de dedicación que supone en una sociedad en la que este escasea y en la que prácticas como estas que no conllevan mucha inversión en bienes consumo no suelen ser muy publicitadas. Parece que muchas madres y familias están dispuestas a recuperar la tradición de los cuidados naturales e incorporar la innovación con estilos parentales autorizados, democráticos, de comunicación cercana, escucha, diálogo, empatía, negociación y conexión emocional, a la vez que hacen campaña en Internet de difusión del parto natural, la importancia de no cortar precipitadamente el cordón umbilical, el contacto piel con piel desde el primer minuto, la lactancia materna, el colecho, el porteo, el *baby led-feeding* y la disciplina positiva.

Esta verdadera revolución de comunidades, redes cibernéticas de maternidad y crianza analizadas mediante etnografía virtual comparten distintivas características, una identidad común, significados sociales y símbolos específicos. Estas redes cibernéticas han propugnado una actualización, a través de Internet, de la concepción de la infancia, cuestionando la crianza convencional en nuestra cultura a través de un movimiento de magnitud internacional.

Estos contextos virtuales facilitan el aprendizaje y el contacto, y ayudan a la creación de comunidades de madres y padres que comparten unas mismas prácticas e intereses, como vimos en el apartado dedicado a la formación en familias, aunque conviene hacer una precisión de qué tipo de comunidad se trata conforme a los modelos que establecen la investigación sobre comunidades. Nos referimos, sobre todo, a la diferenciación entre las llamadas comunidades de aprendizaje, de práctica o de interés.

Wenger, McDermott y Snyder (2002) definen las comunidades de práctica como "grupos de personas que comparten una preocupación, un conjunto de problemas, o una pasión sobre un tema, y que profundizan su conocimiento y experiencia en esta área mediante

la interacción de forma permanente" (p. 4). Seleccionamos en la tabla 3 tres tipos de comunidades que distinguen estos autores por su cercanía a algunos rasgos de las comunidades de crianza natural que venimos comentando.

Tabla 3: Tipos de comunidades y funciones (Adaptado de Wenger et al., 2002)

	Comunidades de práctica	Comunidades de interés	Redes informales
Propósito	Crear, ampliar y intercambiar conocimientos, y para desarrollar capacidades individuales.	Ser informado.	Recibir y transmitir información, saber quién es quién.
Participantes	Auto-selección basada en experiencia o pasión por un tema.	Quien esté interesado.	Amigos y conocidos de negocio, amigos de amigos.
Límites	Borrosos.	Borrosos.	Sin definir.
Vínculo	La pasión, el compromiso, y la identificación con el grupo y su pericia.	Acceso a la información y mentalidad común	La necesidad mutua y las relaciones.
Duración	Evolucionan y terminan de manera natural (duran mientras es pertinente el tema y persiste el interés por aprender juntos).	Evolucionan y terminan de manera natural.	Realmente nunca empiezan o terminan (existen mientras la gente mantiene el contacto o se recuerdan).

Seguramente, dado que cada tipo de comunidad define sus participantes y viceversa, con esta clasificación todavía no es posible definir el modelo de comunidad que perseguimos si no se cierra conceptualmente más el círculo. Sanz (2012) distingue tres tipos dentro de lo que se denominan *comunidades de valor*, es decir, comunidades en las que se aprende colaborativamente y se comparte conocimiento:

- *Comunidades de aprendizaje.* Son contextos en los que las personas aprenden por su participación e implicación, en colaboración con otras en procesos genuinos de investigación y construcción colectiva del conocimiento sobre cuestiones personal y socialmente relevantes. No quedan circunscritas únicamente al contexto educativo, sino que son claramente exportables a contextos organizacionales en los que se precise activar colaboración de sus miembros para generar y compartir el aprendizaje.
- *Comunidades de práctica.* Una comunidad de práctica reúne a personas que, con una misma actividad o profesión, profundiza en sus conocimientos teóricos y prácticos sobre un problema o asunto de interés común a través de una interacción continuada que se enriquece con la praxis diaria.
- *Comunidades de interés.* Son grupos de personas, que se pueden ir relevando con el paso del tiempo, aglutinadas en torno a intereses comunes de todo tipo que se

unen para compartir datos, información, técnicas, apoyo o lo que quiera que surja dependiendo del tipo de interés que los una.

Aunque parece claro que en todas las comunidades descritas se produce aprendizaje, hay intereses comunes y mejoras de la práctica, cada una tiene su rasgo excluyente: sólo aprender, sólo mejorar la profesión, y sólo compartir un interés de tipo no profesional. El fin de la participación en la comunidad es la finalización del interés, no en el caso de la comunidad de aprendizaje, que se disuelve una vez acabado su tiempo programado.

Como coincidencia y para facilitar nuestra tarea de asimilar las comunidades de crianza natural a alguno de estos modelos, la propia Sanz (2012) pone como ejemplo de comunidad una web cuyo nombre es *www.crianzanatural.com*. Efectivamente, y no solo por la feliz coincidencia, las nuevas redes o comunidades de mujeres se agrupan en torno a un interés de una intensidad y una necesidad de alto valor, con el mismo compromiso y generosidad de antaño, pero con todos los añadidos que la tecnología proporciona a este fin.

Hay una última variante en la tecnología que acerca aún más a estas comunidades y que no ha venido de Internet sino de la mano del desarrollo de la telefonía móvil con sus teléfonos inteligentes llamados así por su capacidad de ser ordenadores de mano y mucho más con aplicaciones de mensajería instantánea tipo *WhatsApp*, *Line*, *Hangouts* o *Telegram*, por dar solo nombres de las más conocidas. La capacidad que tienen estas aplicaciones móviles de generar grupos en torno a un interés y que dependan de la figura del administrador, hace que entremos en una dimensión más privada, más restringida y con condiciones, en principio, más favorecedoras de una comunicación en términos más íntimos.

Otra característica de estos grupos o comunidades de interés organizados gracias a la mensajería instantánea es la facilidad de participación por su condición de estar abiertos 24 horas y al alcance de la mano, lo cual provoca interacciones del tipo *JIT (just in time)*, es decir, comunicaciones en tiempo real, aprendizaje sobre la marcha, solicitud de ayuda urgente, por no mencionar que estas peticiones llegan directamente a las personas del grupo como un hecho que forma parte de su devenir cotidiano de mensajes leídos en la calle, en un descanso del trabajo o en una noche de desvelo mientras se da el pecho al bebé, todos ellos recibidos sin necesidad de acudir a encender el ordenador.

La crianza natural

1. El concepto de crianza natural
2. Los orígenes y las fuentes de la crianza natural
 - 2.1. La teoría del apego
 - 2.2. Antropología de la crianza
 - 2.3. La etnopediatría
 - 2.4. El concepto de continuum
 - 2.5. La revolución calostrala.
 - 2.6. Biocentrismo y ecología profunda.
3. El cuidado emocional y ético en la crianza natural
 - 3.1. Cuidado emocional.
 - 3.2. Disciplina positiva.
 - 3.3. Ética del cuidado y derechos de la infancia.

Capítulo III. La crianza natural

En este capítulo justificaremos la elección del término de crianza natural entre otras denominaciones de este modelo de crianza y definiremos su concepto. Indagaremos en el origen de este modelo de crianza y en las bases o fundamentos sobre las que se construyó y describiremos las nuevas corrientes, teorías, metodologías y disciplinas que le ayudan a adaptarse a los cambios y circunstancias de las familias actuales para lograr así su objetivo principal de cuidado y satisfacción de las necesidades biológicas, sociales y emocionales de los bebés, y su entorno familiar cambiante que requiere de una revisión de sus competencias parentales. En este capítulo mostramos también cómo este modelo de crianza natural evoluciona conectado con las necesidades de las personas en un intento de cuidado tanto de la persona y su entorno familiar y social, como del ambiente o medio natural.

1. El concepto de crianza natural

El término *crianza natural* procede del inglés *attachment parenting*, literalmente crianza con apego, y surgió hace más de veinticinco años a partir de la teoría del apego, de la observación de los cuidados naturales de madres de otras culturas y de su modelo de comunicación y relación familiar cercano.

En cuanto al término de *attachment parenting*, además de la adopción de su traducción directa ya mencionada, también se ha divulgado con otros términos tales como *crianza con vínculo*, *crianza amorosa*, *crianza consciente*, *crianza con contacto*, *crianza con respeto*, *crianza respetuosa*, *crianza corporal* o *crianza natural* o incluso como *crianza emocional*. Parte de las críticas que ha recibido este modelo se han originado a consecuencia del uso de estos términos pues se ha argumentado que las prácticas de apego, con vínculo, respetuosas y

conscientes no son exclusivas de este tipo de crianza sino que son de uso generalizado por muchas familias fuera de este modelo.

En esta investigación utilizaremos el término de *crianza natural* ya que este tipo de prácticas promueve la recuperación de aspectos naturales, biológicos, instintivos y emocionales en madres y padres, o el concepto de crianza corporal haciendo alusión a la disposición del cuerpo hacia el bebé para sostenerle en brazos, ofrecerle pecho, portearle, coleccionar y brindarle todo tipo de cuidados o atenciones que se promueven desde una actitud de disposición corporal centrada en la satisfacción de las necesidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales.

Dado que todos los padres y las madres intentan criar a sus hijos e hijas con amor y respeto y algunas familias argumentan que pueden criar con respeto y apego con el biberón, en la cuna, escolarizando tempranamente y con madres reincorporadas rápidamente al mundo laboral, hemos preferido este término al de *crianza respetuosa* en el intento de evitar este tipo de discusión y como muestra de respeto a las familias que se puedan sentir ofendidas por el uso de estos conceptos.

Sears (2001), primer investigador en definir este modelo, y otros defensores de la crianza natural aconsejan una serie de prácticas acordes a este modelo para fomentar la mutua empatía como el parto natural, coger al niño/a en brazos, amamantar a demanda, practicar la lactancia prolongada, dormir en la cama familiar (coleccionar) y el uso del porteo como manera de permanecer en atentos a su necesidades inmediatas. Todas estas prácticas promueven estar en armonía con el bebé, uno de los sentimientos más plenos que una madre o un padre puede experimentar.

En los últimos años, la API (Asociación Internacional de Crianza con Apego) ha precisado los principios básicos de este modelo de crianza entre los que destaca el fuerte vínculo emocional que el niño o la niña establece con sus cuidadores durante la infancia como un hecho que consecuencias para toda su vida. En su página web en español (2015), presenta sus principios de crianza que se presentan como prácticas que pueden ayudar a establecer vínculos seguros:: prepararse para el embarazo, el parto y la crianza, alimentar con amor y respeto, responder con sensibilidad, contacto corporal, participar activamente en las rutinas del sueño, proporcionar amor y cuidado constante, usar disciplina positiva y procurar un equilibrio entre la vida personal y la vida familiar.

Una actitud de disposición emocional ayuda al niño o la niña a formar un estilo de apego seguro que fomentará su desarrollo socio-emocional y su bienestar. De la misma

manera, la falta de atención a sus necesidades puede dar lugar a formas inseguras de estilos de apego lo que supone un factor de riesgo de problemas de salud mental (depresión, ansiedad y trastornos de alimentación). El conocimiento de la importancia de esta conexión y vinculación es de vital importancia tanto para las madres y padres de los niños y las niñas como para cualquier persona que esté en contacto con el mundo infantil como las personas que se dedican a su cuidado y educación.

Las necesidades de los niños y las niñas se satisfacen para que se sientan a gusto con ellos mismos y con su mundo. En este tipo de crianza la prioridad es el menor como ser inmaduro y dependiente. Se considera la infancia muy corta y algunos compromisos que a priori podrían parecer sacrificios se convierten en experiencias entrañables. La adopción de determinadas prácticas de crianza se inician por instinto o para bienestar del bebé y se mantienen con predisposición positiva de los implicados o implicadas.

Estas familias rechazan las recomendaciones que promueven el no coger a los niños/as en brazos por malacostumbrarles, y cualquier práctica que implique no atender las emociones de sus hijos e hijas o dejarles llorar para extinguir algún tipo de conducta. Critican estas prácticas, bien porque van en contra de sus instintos, bien porque conocen estudios neurobiológicos como los existentes sobre el aumento del cortisol (hormona del estrés) en situación de llanto con consecuencias negativas en áreas cerebrales y sus consecuentes dificultades en autoconcepto, autoimagen, autoestima, confianza, etc., bien por rechazo a técnicas conductistas educativas, como veremos más adelante.

La crianza natural es básicamente una filosofía de trato con los hijos e hijas. No implica el seguimiento estricto de una serie de conceptos, técnicas y prácticas, sino que cada familia dentro de un enfoque de relación con sus hijos e hijas adapta a su vida diaria y en diferente grado aquellas prácticas que responden a sus necesidades en el marco de esta filosofía.

Las familias defensoras de la crianza natural son conscientes de que cuando el nacimiento es lo más natural posible, la conexión con el bebé es más fácil. Cuando los padres y las madres están tranquilos, en casa, o en un centro de nacimiento con ayuda de una *doula* o de personal que atiende y respeta su estado físico y emocional, la experiencia del parto se desarrolla en un ambiente más favorable. Cuanto menos intervencionista sea el parto, mayor facilidad de conexión habrá con el bebé desde el primer momento. Tener a la criatura en la misma habitación de la madre en todo momento permite que se establezca la unión madre-hija o madre-hijo más fácilmente y se reivindica la importancia del contacto piel con piel

desde los primeros minutos tras el nacimiento, preferiblemente con la mamá o el papá, en su ausencia.

Alimentar a demanda y amamantar exclusivamente, retrasando la introducción de cualquier alimento hasta que el niño/ esté preparado/a, es otra de las prácticas comunes. La Asociación Española de Pediatría recomienda la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros seis meses de la vida del niño o la niña y continuar el amamantamiento junto con las comidas complementarias adecuadas hasta los dos años de edad o más. Lo habitual en madres y padres que siguen la crianza natural es dejar que los niños/as tomen pecho durante el tiempo que ellos quieran, destetándose a su propio ritmo, lo cual puede les llevar hasta los seis años de edad o haciendo un destete respetuoso a partir de los dos o tres años. La edad natural de destete para los humanos, según investigaciones antropológicas, se sitúa entre los 2,5 y los 6 años.

La calidad de la atención se consigue priorizando el tiempo dedicado a niños y niñas y se intenta llevarlos consigo a cualquier lugar y en cualquier momento, evitando tiempo de separaciones priorizando y dando valor así al tiempo compartido con el niño/a y la familia creando continuamente oportunidades para el vínculo y el afecto priorizando desde los primeros minutos el contacto piel con piel, las caricias, cantarles y hablarles para más tarde escuchar y leerles.

La disciplina en una familia con crianza natural se ve en el contexto de una relación basada en la confianza y el respeto. La disciplina positiva y los límites enfatizando el comportamiento adecuado sustituyen el esfuerzo de energía sobre comportamientos negativos o inapropiados en el intento de evitar cualquier agresión física o verbal.

Estas familias no proyectan falsas expectativas en sus hijos o hijas, sino aquellas basadas en su desarrollo individual, permitiendo el desarrollo de todo su potencial. Muchas familias en todo el mundo retrasan la incorporación al espacio escolar o educan a sus hijos e hijas fuera de la disciplina gubernamental de las escuelas, permitiendo que los niños y las niñas sigan sus propios instintos y curiosidades naturales. Se promueve un estilo de relación con los hijos y las hijas basado en el respeto y la confianza con respuestas que respaldan los vínculos seguros.

Algunos padres y madres afines a este tipo de crianza también eligen vivir una forma de vida familiar natural, tal como el parto natural, el nacimiento en casa, criar en casa, educación en el hogar, aprendizaje natural, el movimiento anti-circuncisión, salud natural, movimientos

de cooperativa y consumo de alimentos orgánicos, etc. A veces se ha vinculado a estas familias con ligas antivacuna, pero mayoritariamente vacunan a sus hijos e hijas.

Tras esta introducción sobre crianza natural podemos concluir que no existe un único concepto ni una única forma de crianza natural, cada familia es única y ajusta sus decisiones y prácticas. No hay un manual de instrucciones para la crianza natural pues se centra más en un modo de relación que respeta las necesidades físicas y emocionales de los menores que en la acumulación o desarrollo de unas determinadas prácticas. La importancia estriba en el respeto al propio ritmo de desarrollo según la edad, sin presionar ni forzar etapas y permitiendo a niños, niñas, padres y madres disfrutar del presente.

2. Los orígenes y las fuentes de la crianza natural

En este apartado se recogen las diferentes aportaciones que, desde muchos enfoques y disciplinas, han enriquecido y matizado el alcance de la crianza natural como modelo epistemológico y como conjunto de prácticas asociadas.

2.1. La teoría del apego.

El apego es la vinculación existente entre dos personas como fruto de una estrecha interacción social y afectiva entre ambas. La teoría del apego sirve de fundamento teórico a los orígenes de la crianza natural y su principio más importante declara que un recién nacido necesita desarrollar una relación con al menos un cuidador o cuidadora principal para que su desarrollo social y emocional se produzca con normalidad. Dicha teoría se definió a partir de la observación y estudio de cómo las niñas y los niños buscan la proximidad con una persona para sentirse seguros en su presencia.

Los bebés se apegan a aquellos adultos que son sensibles y receptivos a las relaciones sociales con ellos y que permanecen como cuidadores consistentes por algún tiempo. El niño busca un estado hormonal que le proporciona bienestar y se esfuerza por mantener ese estado. Las madres siempre saben que su presencia es importante para mantener la química hormonal del bebé.

La teoría del apego explica que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño/a está relacionado con la vinculación y establecimiento del apego con su principal figura de afecto. Esta necesidad de vínculo del bebé era originalmente una estrategia evolutiva de supervivencia para protegerse de predadores. Así los bebés nacen con un repertorio de conductas innatas que tienen como finalidad producir respuestas en los padres y las madres de

protección, pues atraen su atención con la succión, las sonrisas reflejas, el balbuceo, la necesidad de ser acunado y el llanto. De este modo, mantienen la proximidad con la figura de apego, evitar la separación, protestar si se lleva a cabo y utilizar esa figura de apego como base de seguridad desde la que explorar el mundo.

Esta teoría no sólo se basó en la observación clínica de infantes institucionalizados, según Bowlby (1983), sino que también se nutrió de importantes hallazgos provenientes de la etología, entre ellos, los estudios con primates no humanos y los del aprendizaje programado. Se trata por tanto de un estudio interdisciplinario que abarca teorías psicológicas, evolutivas y etológicas. Este autor enfatizó la importancia de una relación cálida entre niño o niña y madre equiparándola a otras necesidades como la alimentación o el cuidado y define la conducta de apego este modo:

Cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. Esto resulta sumamente obvio cada vez que la persona está asustada, fatigada o enferma, y se siente aliviada en el consuelo y los cuidados. En otros momentos, la conducta es menos manifiesta. (Bowlby, 1983, p. 40)

El postulado original de este autor considera que los bebés humanos, como otros mamíferos, están provistos de un sistema conductual de apego, como una condición esencial de la especie humana, así como de otras especies. Esto significa que el bebé llegará a vincularse con una figura materna en el rol de cuidador principal (Ainsworth, 1979; Fonagy, 1993; Jané, 1997, citados en Repetur, 2005).

Somos seres vivos con necesidad de intercambio permanente con el medio, en una acción mutuamente transformadora. De acuerdo a como se desarrolle ese intercambio y vínculo, conquistará el menor o no su seguridad emocional. Todos los seres humanos, desde los bebés a los adultos, precisan de un sistema de conexión social eficaz para desarrollar unas relaciones afectivas y vinculares. La necesidad afectiva de establecer vínculos con los progenitores o quienes les sustituyen, es una necesidad primaria en la especie humana. Esto nos lleva a una concepción social e integradora de las personas donde el sujeto es sano en tanto aprehende la realidad en una perspectiva integradora y tiene capacidad para transformar esa realidad, transformándose a la vez el mismo Rivière (1970, citado en Castillo, 2013).

El menor verá teñido positiva o negativamente el desempeño de distintos roles de acuerdo a lo que haya experimentado todo su esquema perceptual y emocional en los primeros vínculos. Ese bebé necesita construir la certidumbre de la contención amorosa y que

sus necesidades sean satisfechas, esto condiciona sus futuras relaciones vinculares. Las primeras experiencias de apego influyen en el desarrollo de la personalidad, el desarrollo del sistema de conexión social y nos enseñan a regular la estimulación interna y externa.

Un niño o una niña que acepta la separación de sus padres y puede desempeñarse bien tiene un buen apego. Posee una perfecta internalización de la imagen del padre y la madre, pudiendo seguir vinculado o vinculada a ellos sin sentir angustia de separación. Su posterior desarrollo integral dependerá de una relación estable y permanente con una madre o persona que la sustituya, amorosa, durante la lactancia y niñez.

Las funciones del vínculo según Urizar (2012) son mantener la proximidad del cuidador principal, procurar el sentimiento de seguridad que promueva la exploración, regular las emociones, dar estrategias para hacer frente al estrés y favorecer la sociabilidad.

Los patrones de apego ocupan casi el 100% de la vida del recién nacido y al principio el bebé casi no se diferencia de su referente, dándose la fusión emocional, una especie de estado indiferenciado con su figura de apego. Después de los seis meses, muestra preferencias de contacto con un cuidador o cuidadora de un modo inconfundible. A partir del primer año otras figuras pueden adquirir importancia (padre, abuela), de modo que su apego no está limitado a una sola figura. No obstante, existe una preferencia bien marcada hacia una persona única.

Al final del primer año se da el fenómeno denominado por Piaget “permanencia de objeto”, en el que los objetos existen a pesar de que hayan desaparecido de su campo visual esto es extrapolable a la presencia de la personas. El bebé empieza a percibir los objetos exteriores con continuidad, que no dependen de la percepción inmediata del momento, y esa misma continuidad y estabilidad empieza a percibirla en sí mismo y el resto de personas. Mantiene un sentido de sí mismo independiente de los otros. Durante los tres primeros años de vida, el niño o la niña están estrechamente vinculados a su figura de referencia, lo cual equivale a que está contento en su compañía y disgustado en su ausencia. Incluso una separación momentánea da lugar a que proteste y las separaciones prolongadas siempre provocan en él/ella esta respuesta. Es importante considerar los patrones de apego a los 4–5 años, cuando ya se han desarrollado un poca más las habilidades cognitivas y emocionales.

Cada bebé que nace espera encontrarse nutrido de contacto, mirada, movimiento, olor, ritmo, calor, alimento, juego, silencio, etc. sin esto los menores no son capaces de generar un sentido de la unidad y de la continuidad de la propia identidad a lo largo del pasado, presente y futuro, o en relación con los demás. Lo que se manifiesta mediante la inestabilidad emocional, la deficiente respuesta al estrés, y la desorganización y desorientación cognitiva.

Las familias pueden favorecer la regulación en niños y niñas de las siguientes maneras: modulando la activación fisiológica del infante, conteniendo y brindando un entorno sostenedor al menor, ayudándole a desarrollar la capacidad de elaborar mentalmente la experiencia, sincronizándose emotivamente para promover la exploración frente a la novedad, y favoreciendo experiencias lúdicas para enseñarle a tolerar la alegría y la emoción y promover la curiosidad para explorar el entorno.

Los niños y las niñas obtienen información para construirse y reconstruirse como personas a través de la actitud de sus padres y madres, por la manera en que se relacionan y expresan sus emociones hacia ellos. Así comienzan a percibirse con las cualidades y características que les definen como seres humanos. Así elaboran a partir de los demás una autoimagen determinada que orienta y coordina procesos emocionales y cognitivos hasta que el niño/a puede percibirse a sí mismo/a en forma consistente con la autoimagen abstraída del ambiente familiar. Los progenitores con mayor flexibilidad rehúsan de sus expectativas, imágenes y percepciones ideales proyectadas sobre sus hijos e hijas y facilitan una imagen de mayor seguridad.

Los lazos afectivos pasan por una serie de fases en las que se va modulando la relación interpersonal del adulto con el niño o la niña, según Bowlby (1988, citado por García (2005):

- *Fase de pre-apego*. Abarca desde el nacimiento hasta las seis primeras semanas aproximadamente. Durante este periodo, la conducta del niño consiste en reflejos innatos que tienen un gran valor para la supervivencia: sonrisa, lloro, mirada, ... el bebé atrae la atención de otros seres humanos; y, al mismo tiempo, es capaz de responder a los estímulos que vienen de otras personas. Prefieren la voz de esta a la de cualquier otro adulto a pesar de que todavía no muestran un vínculo de apego propiamente dicho.
- *Fase de formación del apego*. Abarca desde las seis semanas hasta los seis meses de edad. En esta fase, el niño orienta su conducta y responde a su madre de una manera más clara de cómo lo había hecho hasta entonces. Sonríe, balbucea y sigue con la mirada a su madre de forma más consistente que al resto de las personas. Todavía no muestran ansiedad de separación a pesar de reconocerla perfectamente. No es la privación de la madre lo que les provoca enfado, sino la pérdida de contacto humano.
- *Fase de apego propiamente dicha*. Este periodo está comprendido entre los 6–8 meses hasta los 18–24 meses. A estas edades el vínculo afectivo hacia la madre es

tan claro y evidente que el niño suele mostrar gran ansiedad y enfado cuando se le separa de esta. A partir de los ocho meses el bebé puede rechazar el contacto físico incluso con un familiar muy cercano ya que lo único que desea y le calma es estar en los brazos de su madre. La mayor parte de las acciones de los niños tienen el objetivo de atraer la atención de la madre y una mayor presencia de esta.

- *Formación de relaciones recíprocas.* Esta fase comprende desde los 18–24 meses en adelante. Una de las características importantes es la aparición del lenguaje y la capacidad de representar mentalmente a la madre, lo que le permite predecir su retorno cuando esta está ausente. Decece la ansiedad porque el niño empieza a entender que la ausencia de la madre no es definitiva y que en un momento dado, regresará a casa. En esta fase, los niños a los que su madre les explica el por qué de su salida y el tiempo aproximado que estará ausente suelen llorar mucho menos que los niños a los que no se les da ningún tipo de información.

Al final de estas cuatro fases la existencia de un vínculo afectivo sólido entre ambas partes haría que no fuera tan necesario el contacto físico permanente por parte del niño o la niña que se mostraría tranquilo/a en los momentos de separación al ser consciente y tener confianza de que tras estos se producirá el reencuentro con sus figuras de apego y seres queridos.

Las madres y los padres que rehúyen el contacto físico o emocional con sus hijos e hijas o que manifiestan incoherencias (unas veces demuestran amor y cariño y otras gritan o rehúyen el contacto, a veces llevadas a ello por el estrés) pueden dar lugar a que el niño/a no tenga esa seguridad y confianza manifestándose un apego inseguro. Estos niños/as pueden desarrollar personalidades ansiosas, rehuir el contacto físico y las demostraciones emocionales así como presentar excesivas dependencias.

Las prácticas que conllevan comunicación cercana y emocional, contacto físico y respeto por las etapas y ritmos evolutivos del bebé es más probable que den lugar a apegos seguros. Estos niños van abriendo el círculo exploratorio con la edad para convertirse en niños independientes, seguros y sanos psicológicamente. En este sentido también una serie de estudios enfatizan la importancia de la lactancia materna en el apego, como los de Mobbs, Mobbs y Mobbs (2015) quienes subrayan la centralidad absoluta de la lactancia materna y del contacto físico materno, incluyendo el colecho.

A continuación abordaremos situaciones en las que el establecimiento inadecuado de un apego seguro desemboca en dificultades, trastornos o enfermedades en los niños y las niñas

consecuencia de separaciones u otras circunstancias perturbadoras del apego. Además las secuelas de estas situaciones afectarán a generaciones posteriores por el modo en que estos niños y niñas ejercerán su futura paternidad y maternidad.

Para Gerhardt (2004), una gran parte de los comportamientos que nos preocupan, como la agresión, hiperactividad, obesidad, depresión y bajo rendimiento escolar, tienen relación con experiencias vividas por los niños y las niñas en la primera infancia. Para aquellos que no han estudiado la literatura científica, esto puede parecer un poco exagerado. A continuación se citarán estudios que ayudan a comprender la importancia de esta etapa y la relevancia del establecimiento de vínculos seguros.

Diversos autores como Bretherton (1990) y Fonagy, Steele, Steele, Target (1994), encuentran que los niños con apego seguro expresan mayores capacidades y periodos de exploración e interés que no encuentran en los niños con apego inseguro. Muestran también mejores puntuaciones en pruebas de desarrollo y lenguaje y en comportamiento social, regulación de afecto, resistencia a tareas desafiantes y recursos cognitivos. Además las investigaciones constatan la perdurabilidad de los efectos nocivos de ciertos comportamientos no sólo para los niños o niñas protagonistas de estos sino también para sus descendientes.

La teoría psicoanalítica plantea que el uso de comportamientos defensivos primitivos o mecanismos de defensa primitivos, como escisión y negación masiva, limitarán la capacidad del un niño o niña inseguro para hacer uso completo de sus potencialidades para reflexionar sobre los estados mentales. Esta desventaja finalmente disminuirá la capacidad de esa persona para proveer un ambiente psicológico adecuado para su propio hijo, y estará relacionado con distorsiones en la personalidad y con psicopatología (Fonagy, Steele, Moran, Steele, Higgitt, 1993).

Desde el punto de vista de la psicopatología, diversos estudios han demostrado relaciones significativas entre los tipos de vínculo inseguro y el aumento de sintomatología en niños y adolescentes. Algunos estudios como el de Bretherton (1990, citado en Repetur, 2005) reportan diferencias entre dos grupos de niños con vínculo inseguro. Aquellos con vínculo evitativo continúan con su agresividad, falta de complacencia y conductas de rechazo pasivo tales como dar vuelta la mirada o el cuerpo cuando la madre busca contacto con ellos. Los niños ambivalentes presentan menos tolerancia a la frustración, son menos persistentes y, generalmente, menos competentes.

En adolescentes, en términos generales, la inseguridad del vínculo se ha asociado con mayores niveles de depresión, ansiedad, resentimiento, alienación y problemas con el

consumo de alcohol. Usando mediciones específicas para vínculo en adolescentes, se ha visto que existe una correlación entre vínculo resistente y depresión, y entre vínculo evitativo y trastornos de la conducta alimentaria (Rosenstein y Horowitz, 1993). Estos autores afirman también que los trastornos de conducta predicen un estilo de vínculo evitativo, así como los trastornos afectivos predicen un vínculo resistente en adolescentes. El abuso de drogas en adolescentes se correlacionó también fuertemente con un patrón de vínculo evitativo.

El apego desorganizado se liga con situaciones de maltrato infantil, negligencia y abuso sexual, y puede dar lugar a trastornos de la personalidad. El sentido inestable del sí mismo, la impulsividad, la inestabilidad emocional y el riesgo de actuaciones suicidas en los pacientes con personalidad límite estarían muchas veces sobre la base de una relación traumática entre el cuidador primario y el bebé, una relación que dio lugar a un vínculo desorganizado Fonagy (2000, citado en Repetur, 2005, p.11).

Otros autores como Amaguayo (2013) también encuentran evidencias de retraso lingüístico, social y emocional en los niños criados en un orfanato los cuales no presentan un tipo de juego dentro del nivel de desarrollo de su edad, tienen dificultad para resolver conflictos o expresar sentimientos. Las diferencias en la producción de oxitocina y vasopresina en sus cerebros hacen pensar en la falta de apego seguro como posible causa justificativa. Algo ya mencionado por otros autores que encontraron que los niños y las niñas que no habían tenido la oportunidad de establecer una relación afectiva estable con un cuidador desde muy temprano tenían deficiencias a nivel cerebral que no les permitían establecer relaciones sociales normales.

La investigación de otros entornos de privación social a través del estudio de niños y niñas adoptados se ha centrado en la relación de estos niños y niñas con sus familias adoptivas y en las posibles repercusiones a largo plazo que pueden presentar estos niños y niñas por carencias afectivas tempranas anteriores. Palacios, Sánchez-Sandoval y León (2005) encontraron que los niños y niñas adoptados internacionalmente con graves problemas de desarrollo tenían mayor probabilidad de seguir presentando años después mayores problemas de comportamiento. Por otro lado, Oliva, Parra y Arranz (2008) concluyeron que adecuadas prácticas educativas familiares se relacionan con un sano desarrollo psicológico durante la infancia y la adolescencia.

La investigación sobre el apego en las personas adoptadas se ha centrado en los cambios que se producen en las conductas de apego tras la adopción y en los aspectos representacionales del apego (los modelos internos). Román y Palacios (2011) citan decenas

de estudios relacionados con la adopción y el apego de las que se extraen estas conclusiones: a) tras un año de adopción aparecen relaciones de apego con las familias adoptivas al tiempo que se constata persistencia a largo plazo de los efectos de la institucionalización en el apego, b) el apego seguro es menos frecuente en los niños y niñas adoptados que en los niños y niñas de muestras normativas, c) las diferencias parecen estar moderadas por la edad en el momento de la adopción, d) el apego desorganizado en niños y niñas adoptados antes de los 12 meses tiene el doble de incidencia que en la muestra normativa, e) la distribución de los estilos de apego en niños y niñas adoptados es comparable con la de los niños y niñas en acogimiento familiar, f) entre los menores institucionalizados y los maltratados se encuentra una menor incidencia del estilo de apego seguro y una sobrerrepresentación del apego desorganizado en comparación con los adoptados.

Cuando la adopción se produce antes del primer año, los niños y niñas suelen mostrar estilos tan seguros como los no adoptados, mientras que los adoptados con más edad (y, por tanto, expuestos durante más tiempo a los efectos negativos de las privaciones temprana) tienen un riesgo más elevado de presentar inseguridad en la relación de apego con los padres adoptivos. En esta misma dirección, estudios en el ámbito del acogimiento familiar encontraron que los niños y niñas que llegaron a las familias cuando tenían más de un año mostraban un proceso de formación y consolidación del apego más lento.

Una serie de autores han investigado la relación entre los estilos de apego y determinadas enfermedades o patologías. Sanchís (2008) encuentra una conexión significativa entre los estilos de apego controladores y fríos, la sintomatología depresiva y los acontecimientos vitales. El número de acontecimientos vitales negativos experimentados correlaciona positivamente con la sintomatología depresiva. Villero y Rodríguez (2015) indican la imposibilidad de la creación de un patrón de apego seguro en la díada madre-bebé cuando existe una interacción desigual entre las capacidades de ambos. Respecto a los obstáculos para la creación de un apego sano mencionan las atribuciones e identificaciones proyectivas vertidas sobre hijos e hijas, las condiciones ambientales o situacionales así como las particulares defensas que cada niño o niña desarrolla.

La inseguridad en el apego conlleva ansiedades que requieren el uso de mecanismos defensivos cuyo uso persistente puede modelar la patología del carácter. Se encuentra relación entre depresión materna y apego seguro ambivalente al igual que entre separación precoz e inadecuada del cuidador principal y estados depresivos posteriores en niños/as. Pudiendo

manifestarse las consecuencias de la privación materna en la etapa escolar tras haber pasado desapercibida antes (Villero y Rodríguez, 2015).

Como conclusión, y tras esta revisión clínica de los problemas que puede conllevar la falta de apego o el establecimiento de apegos incompletos e inseguros, cabe volver a recordar la importancia de la cercanía que propone el modelo de crianza natural, que de manera consciente proporciona sus prácticas de crianza para fortalecer una bases sólida de desarrollo físico y emocional.

2.2. Antropología de la crianza.

El modelo de crianza natural se ha servido de estudios antropológicos y etnopediátricos desarrollados en diversos continentes para el conocimiento de otras realidades, experiencias y prácticas asociadas al embarazo, al parto y a la crianza. Su estudio le ha permitido comprobar cómo algunas de las prácticas desarrolladas vienen siendo implementadas desde hace tiempo en otras sociedades sin el rechazo, la crítica o el cuestionamiento que se hace de ellas en la sociedad occidental.

En un capítulo previo ya pudimos observar cómo los valores de una sociedad dependen en gran medida de su sistema cultural, no existiendo criterios universales, tal y como defiende el relativismo cultural en respuesta al etnocentrismo de aquellas culturas que se creen mejores o superiores a las demás. Cada cultura se desarrolla en un contexto histórico y geográfico específico de modo que no hay cultura adecuada universalmente sino adaptada y producto de su ambiente, tiempo, circunstancias e intereses.

A pesar de esto, los individuos en culturas distintas, creen saber cómo hay que criar a niños y niñas sin conocer normas y formas de otros grupos o reflexionar si estas podrían funcionar mejor que las propias. Tampoco analizan críticamente los cambios acontecidos en cuestiones de crianza en los últimos años ni las razones que los han promovido. No se reconoce la existencia de otras alternativas válidas y falta conciencia de los efectos que determinadas prácticas de crianza pueden ocasionar en el desarrollo físico y psicológico de los niños y las niñas.

Más adelante, hablaremos de parto natural y de prácticas de crianza natural en nuestra sociedad. Podemos ver a continuación como este tipo de prácticas, tal y como relató Small (1999) que se vienen practicando en culturas no occidentales desde tiempos ancestrales. El conocimiento de este tipo de prácticas multiculturales fue una de las disciplinas que inspiró a los primeros impulsores del modelo de crianza natural.

Garrido (2012) recoge información sobre grupos que ejercen distintas prácticas de embarazo, parto y crianza. Las bosquimanas del sur de África (Kung San del Kalahari) dan a luz cada cuatro o cinco años sin ayuda ni compañía. Cargan continuamente al bebé en una especie de cabestrillo o porteo que le ayuda a desarrollar habilidades motrices por su posición vertical, le permite moverse y mamar a demanda en continuo contacto con la madre. Los bebés lloran poco, se les consuela rápidamente con el pecho y siempre están acompañados del grupo u otros niños. El destete se produce en torno a los cuatro años.

En los aches de Paraguay, grupo indígena en Sudamérica, la maternidad se concibe a tiempo completo y el primer año la madre duerme con el bebé. También los porta la madre, en la espalda o delante donde puede mamar a libre demanda. Viajan en cabestrillos o cestas sobre los adultos hasta los cinco años. El primer año pasan el 93% del tiempo en contacto con la madre y el 100% de la noche. Hasta los tres años no se alejan mucho y durante ese tiempo la madre depende del trabajo del resto del grupo. El amamantamiento se prolonga hasta la llegada del siguiente hijo, suele ocurrir a los dos años. El traslado de este pueblo de la selva a las reservas les ha acercado a las enfermedades e infecciones de la civilización así como a la reducción del tiempo de dedicación a los hijos y a un destete precoz que a su vez reduce el intervalo entre hijos.

Los gusii de África oriental tienen hijos cada dos años y los atienden intensamente, llevándolos encima y alimentándolos a libre demanda, también duermen con ellos. Siempre están en brazos de alguna mujer y no les dejan nunca solos. Les ofrecen contacto físico pero no otro tipo de demostraciones de afectos, no les acarician ni les hablan. Son protegidos hasta los dos años, momento en el que se les enseña a ser dóciles y obedientes. Deben aprender por observación pues nadie les enseña nada. Su sistema económico está cambiando y ahora deben a ir a la escuela.

Estas prácticas culturales de países en desarrollo son miradas de manera crítica en nuestros países desarrollados donde creemos que nuestra ciencia y tecnología nos ha llevado a un progreso mayor en todas las dimensiones. Veremos como algunas de sus prácticas son más acordes y respetuosas con nuestra biología que otras introducidas en nuestro mundo moderno y causa principal de que esas culturas no sufran enfermedades que crecen exponencialmente en nuestra sociedad.

El estudio por parte de Liedloff (2008) de los Yequana, indígenas de Venezuela, también ha hecho aportaciones relevantes al modelo de crianza natural. Las veremos en el apartado siguiente dedicado a la importancia del concepto de *continuum*.

A continuación vamos a describir algunos aspectos que caracterizan la crianza en sociedades industrializadas gracias a la información recogida por Garrido (2012). En Japón, al contrario que en otras sociedades industrializadas, se mantiene una filosofía basada en la colectividad en lugar del éxito individual lo cual se traslada a sus prácticas de crianza. Se entiende al bebé como un ser puro y bueno que debe de estar unido a su madre y dormir con sus padres. Fomentan la ternura y la comunicación como forma de integrarlos en la familia para que lleguen a convertirse en adultos conectados socialmente. Se valora el autodomínio y la cortesía. No se alienta la independencia pues no se considera positiva. Se entiende la dependencia infantil como síntoma de un saludable vínculo con la madre que favorece su seguridad emocional. Se satisfacen los deseos del bebé y se modela el valor de la colectividad en esta cultura.

En Estados Unidos la independencia es el principal valor de su cultura. Se valora que el niño esté seguro de sí mismo. El logro individual, el éxito personal, la propiedad privada y la intimidad están muy relacionados con la ideología de la economía capitalista imperante en su sociedad. Los niños suponen una inversión futura, por lo que deben aprender habilidades que les faciliten el éxito posterior. Los padres son más maestros que protectores y consultan al pediatra no sólo en lo relativo a enfermedades sino todo lo relacionado con la crianza, también leen manuales de puericultura. El contacto físico es limitado, no son llevados en brazos, sino en asientos de plástico, rígidos y en posición tumbada. La lactancia materna se da en uno de cada dos bebés con una duración media de cinco meses. Tanto con pecho como a biberón se alimenta a los bebés a horas fijas. Consideran normal que los bebés lloren mucho por lo que los padres y las madres no responden al llanto. Los niños deben ser controlados en su conducta para evitar malcriarlos o que manipulen a los adultos. Los bebés pasan mucho tiempo en soledad, en cunas, sillitas, corralitos o tronas. Los pediatras miden la duración y profundidad del sueño para determinar el grado de desarrollo del bebé. Cuando comienzan la alimentación complementaria no participan de la actividad de la familia, comen y duermen a distintas horas.

Estos ejemplos de prácticas de crianza son muestra de la enorme diversidad existente en el cuidado de los hijos y las hijas en las distintas culturas y de cómo se somete a niños y niñas a diferentes pautas con diferente respeto a sus ritmos biológicos y evolutivos. Desde el punto de vista de la evolución biológica, lo saludable y normal es dormir a intervalos y acompañado. El análisis evolutivo e intercultural muestra como adecuada la alimentación a demanda, pero la comparación entre culturas relativiza el término saludable, adecuado o

normal pues lo que se califica de adecuado o normal en una cultura puede no entenderse de la misma manera en otra.

La biología de la naturaleza humana prima la necesidad del vínculo de la díada fisiológica y emocional de madre e hijo. Desconocemos los efectos de la ruptura de esta simbiosis materna en muchas culturas pero en nuestra sociedad existen señales de alarma que deberíamos atender: los trastornos emocionales y psicológicos, el aumento de algunas enfermedades o la escalada de violencia y agresividad.

El conocimiento de diferentes alternativas puede ponernos en contacto con opciones más respetuosas para los niños y las niñas así como para nuestra biología. En muchas ocasiones nuestras decisiones nos reclamarán actuar más con el instinto, el sentido común y el corazón y menos con manuales de entrenamiento conductista infantil o atendiendo a consejos de personas defensoras de prácticas que promueven más el bienestar del adulto que el de los menores o que tienen miedo a que los niños y las niñas perpetúen ciertas conductas sin asustarse por el prejuicio que les puede suponer entrenarle en otras de manera prematura o temprana.

Cuando más adelante abordemos cuestiones importantes en la crianza como el contacto físico, el porteo, el colecho o la lactancia, veremos que no se trata de prácticas inventadas en nuestra actual sociedad sino recuperadas tras su abandono, en unos casos, o descubiertas por desconocimiento previo, en otros. Veremos también que no son prácticas adultocentristas, pensadas para el bienestar exclusivo de los adultos o la fácil (según se mire) y rápida incorporación de madres y padres al sistema laboral, industrial, capitalista o económico. Se trata de prácticas centradas en el bienestar de bebés, niños y niñas como seres inicialmente inmaduros y dependientes.

En lo que respecta a nuestra cultura actual, muchos estudios advierten de que las prácticas sociales y las creencias culturales de la vida moderna están impidiendo el desarrollo cerebral y emocional de los niños y las niñas. Entre estos estudios destaca el realizado en la Universidad de Notre Dame en la facultad de psicología, Narváez (2009), afirma que los resultados de vida para los jóvenes estadounidenses están empeorando, especialmente en comparación con hace 50 años. Esta autora alude al uso de leche de fórmula infantil, el aislamiento de los niños y las niñas en sus habitaciones o la creencia de que no hay que responder muy rápidamente al llanto del bebé como causas asociadas a este deterioro. Nos insta a repensar los modelos actuales de crianza y sus normas. Esta autora cita la lactancia materna, la pronta respuesta al llanto del bebé, el contacto piel con piel constante con varios

cuidadores como prácticas ancestrales de crianza que muestran un impacto positivo en el cerebro en desarrollo no sólo para beneficio de la personalidad sino también de la salud y el desarrollo moral.

Los estudios demuestran que la falta de respuesta al llanto del bebé influye en el desarrollo de la conciencia, el estrés, la impulsividad y la empatía, el juego libre en la naturaleza influye en capacidades sociales y disminuye las agresiones, y la existencia de un conjunto de cuidadores de apoyo (más allá de la madre sola) predice el coeficiente intelectual y mejora la empatía. La autora alarma del aumento del tiempo que pasan las/os niñas/os retenidos en sillas y cochecitos en Estados Unidos y de la trayectoria a la baja sobre las características de la atención. También destaca que sólo el 15% de las madres continúan ofreciendo lactancia materna a los 12 meses, las familias extensas se rompen y el juego libre permitido por los padres y las madres ha disminuido drásticamente desde 1970, y a la vez que aumentan la incidencia de ansiedad, depresión, conductas agresivas y delincuencia, disminuye la empatía, la conducta compasiva y moral.

2.3. La etnopediatría.

Si en este capítulo estamos abordando la complejidad de definir las visiones que se entrecruzan en la conceptualización de la crianza natural, se debe en gran medida a la aportación interdisciplinar de la llamada *etnopediatría*. Esta reciente disciplina tiene por objeto de estudio la crianza, la educación y la infancia desde la antropología cultural, la biología infantil, la pediatría, la psicología evolutiva y del desarrollo para poder comparar las atenciones y cuidados a la infancia en diferentes culturas, así como la relación directa con la salud, la supervivencia y el bienestar de los menores:

La etnopediatría parte de la premisa de que las pautas de crianza son construcciones culturales más o menos alejadas de las necesidades biológicas de los niños. Cada cultura sanciona un modelo de educación y crianza infantil, mediante el que transmite sus valores, creencias, costumbres y cultura específica. Esta especialidad científica investiga el modelo de atención y cuidados a la infancia, a través de las dimensiones de biología y cultura, abogando por un equilibrio y una perspectiva biocultural de la crianza infantil. (Garrido, 2013, p. 54)

La etnopediatría ayuda a entender las razones por las que el instinto les pide a las madres y a los padres actuar de manera cercana y empática con los bebés. También identifica el choque de la realidad biológica del bebé con algunas prácticas educativas occidentales que se alejan de las necesidades de nuestros niños y niñas así como la atención a las

consecuencias que determinadas acciones pueden tener en la personalidad y desarrollo de los bebés.

El hallazgo más sorprendente de la etnopediatría se refiere al hecho de que los estilos de los padres de la cultura occidental y las reglas que tanto apreciamos, no son necesariamente lo mejor para nuestros bebés. Esta reflexión nos incita a buscar de manera crítica y reflexiva estilos de crianza y pautas educativas más adecuadas y respetuosas con nuestros hijos e hijas (Small, 2006).

La etnopediatría es una disciplina proactiva en su intento de producir cambios en la crianza de diferentes culturas a través del acceso a información intercultural comparativa. Los distintos modelos de crianza tienen una repercusión directa sobre los individuos en particular y las sociedades en general, siendo analizados también por esta disciplina científica como ocurre en el caso de las relaciones encontradas entre la violencia y la agresividad en la infancia y en la adolescencia con los modelos de crianza o educativos vivenciados en el entorno familiar y escolar.

La antropología general también trata como objeto de estudio el mundo de la infancia, pero pone el foco en la descripción de las diferencias en la crianza de niños y niñas en diferentes culturas observando cómo pasan el día los bebés, dónde duermen y la rapidez con que se responde a su llanto ante hambre u otras necesidades teniendo en cuenta las razones evolutivas, antropológicas, culturales y biológicas que las explican, sin poner el acento en la relación de lo cultural con lo biológico.

Los instintos maternos resultan una fuente de gran valor para garantizar las necesidades biológicas de nuestros hijos e hijas, dado que se confía a ellos la evolución de la crianza a partir de la experiencia personal, los niveles de tolerancia y las expectativas al lado de las que aporta la tradición dando lugar a una amplia variedad de estilos de crianza (Small, 1999). No hay estilo de crianza que sea “correcto” o “incorrecto”, es adecuado o inadecuado solo de acuerdo con la cultura, y así lo podemos observar en ejemplos como la mayor atención prestada al lloro en Corea respecto a Estados Unidos (lo que provoca menos cólicos a los bebés asiáticos), la lactancia a demanda cada 13 minutos de los Kung San, cazadores y recolectores frente al modelo de la recomendación todavía en práctica, a pesar de las nuevas tendencias, de dar de mamar cada tres horas para generar un hábito supuestamente bueno.

Diversas culturas muestran fases iniciales de dependencia unidas a fases en las que las generaciones cuidadas posteriormente ejercen el cuidado de otros, como un proceso de continuidad natural. En algunos lugares estos comportamientos se dan como procesos

continuos de acompañamiento y responsabilización progresiva y en otros, como el nuestro, sufren de discontinuidad pasando de la sumisión a la dominación, sin haber realizado tareas útiles para el grupo más allá de mostrar respeto y obediencia. Esto nos lleva a recordar el enfoque del *continuum* de Liedloff (2008) que abordaremos más adelante así como el hecho de que la cultura afecta al individuo desde el momento de nacer e incluso antes del nacimiento.

La etnopediatría intenta profundizar en algunos aspectos abordados previamente por la antropología de la infancia. Según Garrido (2013), es una disciplina científica interdisciplinar que analiza y relaciona distintos modelos de crianza y educación, sus efectos en la biología, salud, el desarrollo infantil y la sociedad desde la antropología, la biología y la psicología comparando cuidados a la infancia en distintas culturas y su relación con supervivencia, salud y bienestar de los niños y las niñas. En definitiva las consecuencias de las diferentes formas de crianza en el desarrollo y la salud infantil, así como en el modelo de sociedades del futuro.

La etnopediatría considera necesario conocer las razones del comportamiento infantil y las necesidades biológicas y emocionales en el inicio del ciclo vital, como forma de asumir, para cambiar, el patrón de relaciones humanas transmitido a través de la infancia. Advierte que algunos de los problemas de la sociedad occidental, como ciertas enfermedades, trastornos y grado de violencia, tienen su origen, entre otros factores, en el modelo de crianza imperante. Entre las enfermedades destaca los trastornos de alimentación (anorexia, bulimia y sobrepeso) y las alteraciones conductuales (ansiedad, estrés, hiperactividad, trastorno de déficit de atención, espectro autista). Estas aparecen cada vez en edades más tempranas y requieren medicación durante años. Los etnopediatras plantean que es necesario reflexionar sobre si nuestro actual modelo de vida es adecuado o no a largo plazo y sobre si sus consecuencias son asumibles. El estrés infantil produce una cantidad de cortisol (hormona del estrés) que afecta de manera directa al sistema inmunológico. Otros investigadores como Luby (2012) afirman que el amor maternal modula el cerebro, provocando cambios anatómicos en el hipocampo, con un aumento de hasta un 10%.

La etnopediatría mejora el conocimiento de la crianza y el mundo infantil al tiempo que reafirma las conductas y decisiones de padres y madres que optan por modelos de crianza más emocionales como el modelo de crianza natural. No se trata de vivir exactamente igual que lo hacíamos hace millones de años, indudablemente la evolución y el desarrollo son causa de parte de nuestro bienestar actual. Se trata de no abandonar o recuperar prácticas que formando parte de nuestro bienestar en algún momento fueron abandonadas, sustituidas o criticadas.

Muchas familias encuentran en los etnopediatras un modo de ejercer la medicina más respetuoso con los ritmos de sus hijos e hijas y con las prácticas que priman el contacto físico como el colecho y el porteo. A esta disciplina se acercan también médicos, médicas, enfermeros, enfermeras, matrones, matronas y demás personal sanitario en búsqueda de información que les ayude en su práctica profesional. Una práctica profesional que intenta no dar la espalda a aspectos biológicos, culturales y emocionales, un modo de cuidar la salud que conecta y empatiza más con niños, niñas y familias.

Se produce también una ruptura entre familias informadas en aspectos relacionados con la etnopediatría y aquellos o aquellas pediatras que desconocen esta disciplina. Esto provoca desconfianza mutua, por un lado los padres y las madres rechazan determinadas orientaciones de estos buscando en algunos casos profesionales más afines o incluso medicinas alternativas como la homeopatía, la osteopatía, la naturopatía, etc., por otro lado, los pediatras miran desconcertados a estas familias que cuestionan algunos de sus criterios y prescripciones al tiempo que: valoran la posibilidad de parir de modo natural o en casa, preguntan por la vitamina K oral, les hablan de tablas de crecimiento de la OMS, proponen dar pecho a sus hijos e hijas mientras les pinchan la vacuna, practican la lactancia prolongada sin destete en muchos casos, declaran realizar colecho, usan porteos ergonómicos, hacen piel con piel y lactancia si aparece fiebre, usan collares de ámbar y chamomilla para calmar molestias de la salida de los dientes, consumen más probióticos que antibióticos, introducen la alimentación complementaria con el método *baby lead weaning*, prolongan los permisos de maternidad y paternidad, etc. Se trata de familias que conocen el concepto de *continuum*, el cual tratan de preservar y cuidar.

2.4. El concepto de *continuum*.

El concepto de *continuum* fue desarrollado por la etnopediatra Liedloff (2008) tras una larga experiencia vital de campo y trabajo directo con los Yequanas amazónicos. Su contacto pleno con un particular modo de convivir con los niños y las niñas, iluminó a esta científica norteamericana para explicar el *continuum* humano como:

La secuencia de experiencias que corresponde a las expectativas y tendencias de nuestra especie en un entorno consecuente con aquello en lo que esas expectativas y tendencias se formaron. Incluye que las otras personas que forman parte de aquel entorno se comporten y nos traten adecuadamente. (Liedloff, 2008, p. 52)

Se defiende la idea de que para un adecuado desarrollo físico, mental y emocional, el ser humano necesita de la continuidad de aquellas experiencias para las que nuestra especie se ha adaptado durante el largo proceso de evolución.

Massó (2010) explica que el *continuum* aplicado a la crianza significa no ofrecer a un niño más o menos ayuda de la que pide, ya que lo contrario sería perjudicial para su desarrollo. El *continuum* respetado de un bebé implica también los siguientes aspectos según varios autores (González 2007 y 2008; Jové, 2006 y 2009; Massó, 2010):

- Contacto físico permanente con la madre, el padre, un familiar o un cuidador–cuidadora desde el nacimiento.
- Dormir en la cama de sus padres–madres hasta que el bebé deje de necesitarlo por sí mismo, lo que ocurre alrededor de los dos años, como mínimo.
- Lactancia materna a demanda, en respuesta a las señales corporales del bebé.
- Estar permanentemente en brazos o en contacto físico con alguna persona hasta que comience la fase de arrastre y gateo, en torno a los seis u ocho meses, dependiendo de cada bebé.
- Contar con cuidadores dispuestos a atender de inmediato las necesidades del bebé sin emitir juicios, mostrar descontento ni invalidar sus necesidades. Otro modo de denominar esto es “actitud responsiva”.
- Satisfacer sus expectativas como ser innatamente social y cooperativo, un ser bienvenido y digno.

Según Liedloff (2008) estamos preparados para responder a las expectativas familiares y sociales que se nos inculcan; si de modo recurrente se nos adjudican valores negativos, nos apresuraremos a cumplir esa expectativa, aunque en este caso no sea la deseable y el objetivo último del regaño fuera precisamente el contrario. No deseamos que se infiera, tampoco, de todos estos valores una sobreprotección o una idealización de los bebés/niños; bien al contrario, esta autora explica cómo, por ejemplo, los niños Yequana colaboran activamente en todo tipo de tareas domésticas para ayudar a la sobrevivencia y la producción en comunidad. De hecho, es sabido que el trabajo infantil constituye una realidad muy extendida a lo largo y ancho del mundo (Leyra Fatou 2005, tal como se cita en Massó, 2010), sin devenir necesariamente explotación y sin ser, por tanto, negativo *per se*. Todo depende de cómo se entienda y articule una actividad que puede ser socialmente funcional y cuya práctica, por tanto, es susceptible de resultar beneficiosa para los menores.

Liedloff (2008) propone un cambio social con su idea de *continuum* que transforme nuestra estructura laboral y sus horarios o nuestras prácticas sociales excluyentes la mayoría de las veces para los más pequeños y pequeñas. Otras culturas que respetan el *continuum* consiguen hacer partícipes a sus hijos e hijas de cualquier actividad social y ello supone múltiples oportunidades de socialización y aprendizaje.

La crianza corporal recoge este concepto de *continuum* entendiéndolo como una respuesta a unas necesidades e instintos aletargados en nuestra sociedad, una manera de ejercer la maternidad y la paternidad que surge desde lo más intrínseco y esencial de nosotros mismos, no se trata de conceptos inventados o producto de modas sino de un intento de conexión con nuestra naturaleza y biología. Un embarazo consciente, el piel con piel, el método canguro, la lactancia, el porteo, el colecho, los abrazos y los besos nos llevan a una crianza de contacto, a la crianza corporal y natural. En el intento de que fluyan conexiones que estimulen la seguridad, el placer, la confianza y el respeto a través de la satisfacción de las necesidades del bebé y las nuestras propias.

El contacto físico es una necesidad básica de los recién nacidos, de las madres, los padres e incluso los hermanos/as u otros familiares y el *continuum* biológico reivindica ese contacto y esa conexión en el embarazo, el parto y la crianza abandonada en algunas sociedades. Defiende la presencia necesaria para establecer ese vínculo primario, de apego, de recibimiento, de alimento, de cuidado, de protección, de amor. Mantener ese contacto en el tiempo (ya sea porteando, durmiendo a su lado, cogiéndolos, abrazándolos, acariciándolos, masajeando...) es beneficioso para el bebé que recibe el contacto y para la persona que lo da. El bebé siente seguridad, placer, tranquilidad y amor lo cual se refleja en el aumento de conexiones neuronales relacionadas y en las madres y los padres también se produce la liberación de hormonas que generan confianza, armonía y placer. El establecimiento de ese vínculo inicial hace que ambos se enamoren de modo que los cuidados se desarrollen de manera más placentera para todos.

La sociedad actual se ha desprendido de este tipo de contactos y en la búsqueda de la comodidad del adulto a menudo se interfieren los apegos para favorecer la rápida reincorporación al ciclo social y laboral. Al bebé dependiente le toca hacer grandes esfuerzos de adaptación desde que nace para sobrevivir sin la satisfacción de muchas necesidades biológicas primarias. La interferencia y ruptura del contacto tiene consecuencias a nivel neuronal, social, afectivo y cognitivo en el desarrollo de los bebés. Los bebés nos indican a

menudo con señales como el llanto que este *continuum* está siendo interrumpido, que nos necesitan y los padres y las madres también sienten que tienen que reaccionar a esta demanda.

Este *continuum* se facilita a los bebés porteándolos y amamantándolos pero la importancia no la tiene tanto la práctica sino la integración de este enfoque o filosofía educativa por padres y madres. Nos podríamos encontrar así bebés porteados o amamantados sin respeto al concepto de *continuum*, sin conexión emocional o sin atención a otras necesidades biológicas y otros no porteados o alimentados con biberón donde se respete el concepto de *continuum* con mucho contacto físico, conexión emocional y respeto a sus necesidades biológicas.

Por ello se requiere introspección por parte de padres y madres que se pregunten a diario si las interacciones con sus hijos e hijas son satisfactorias para ambos y respetuosas con las necesidades de cada miembro de la familia. Esta introspección requerirá de empatía para ponerse en el lugar del otro y de especial atención a los momentos de conflicto donde aflorarán las necesidades, intereses, posiciones, emociones y creencias en las que en caso de confrontación estas familias no resuelven con imposición del adulto sino con escucha y diálogo con sus hijos e hijas.

A la luz del concepto del *continuum*, en el otro lado, una persona con un trastorno emocional es un ser cuyas necesidades específicas como especie no han sido satisfechas y atendidas, cuyas expectativas afectivas frustradas y tratadas con rechazo u omisión por aquellas personas cuyo papel tendría que haber sido el de respetarlas y satisfacerlas se encuentran en el origen de sus dificultades emocionales.

Cuando no se satisfacen las necesidades emocionales de un niño o una niña y estos no obtienen cariño pueden creer que no han sido merecedores del mismo o que no han sido buenos para merecerlo convirtiendo en propia culpa el incorrecto trato recibido por la falta de competencias parentales de sus padres o de sus madres. En nuestra sociedad actual invertimos esfuerzos y recursos en tratar estas dificultades, el concepto del *continuum* llama nuestra atención sobre la posibilidad de evitar estos trastornos y todo el sufrimiento que conllevan si se respetan las necesidades biológicas, emocionales y sociales de bebés, niños y niñas como garantía del bienestar y la felicidad de toda la sociedad.

2.5. La revolución calostrál.

Existen dos conceptos que ayudan a entender las base del modelo de crianza natural: el concepto *continuum* definido por Liedloff (2008) y desarrollado en el apartado anterior, y la

revolución calostrual que abordaremos a continuación, definida por el obstetra Odent (2007), pionero en occidente en asuntos como el parto fisiológico.

Massó (2010) explica que para entender la revolución calostrual es necesario comprender previamente el término calostro en alusión a esa sustancia que segrega el pecho materno en las primeras horas o días tras el parto y antes de la llegada de la leche. El calostro es altamente nutritivo para el recién nacido. Odent (2007), autor del término revolución calostrual, explica el concepto de calostro como un concentrado de anticuerpos (microbios, virus o células vivas) que nos protegen frente a infecciones.

En nuestra cultura, a pesar del reconocimiento científico del valor del calostro, se mantienen prácticas hospitalarias que pueden dificultar la ingesta de esta sustancia para los bebés. Toda separación de la madre y el bebé recién nacido puede repercutir en la subida de la leche y por lo tanto en la producción del calostro. Deberían abandonarse los protocolos hospitalarios que conllevan pruebas, tests, limpiezas y cualquier otra acción sobre el neonato o su madre que interrumpa el necesario contacto piel con piel de las primeras horas. Este tipo de recomendaciones han sido hechas por Odent (2007) y más investigadores, pero cuesta alterar las rutinas y protocolos hospitalarios. Parece que las reivindicaciones cada vez mayores, los planes de actuación, las actividades de formación y las peticiones de las familias van logrando poco a poco la actualización de las prácticas en los paritorios y en neonatología.

Odent (2007) propone la revolución calostrual, como un gran cambio de actitud que considera nuestras raíces más profundas y nuestra condición de mamíferos. Un nuevo punto de partida que conecta el instinto y la ciencia, el cerebro primitivo y el neocórtex en el que algunos grupos conscientes de esta importancia ya han comenzado a fomentar prácticas que apoyan el aporte fisiológico y la lactancia, como ejemplo también de la magnífica solidaridad y voluntariado de grupos de mujeres.

Otros grupos que entienden también este concepto se dedican a la defensa del llamado “método canguro”, entre todos ellos se ha abierto camino hacia esta “revolución calostrual”. Con este concepto, este autor defiende el establecimiento de unas bases saludables y emocionales desde los primeros momentos de vida como beneficio de la propia persona y de su relación con el grupo y la naturaleza. Atendiendo al cuidado del individuo en el seno de una familia y un grupo social afectivo y cooperativo, se generarían condiciones de cuidado personal e interpersonal que ayudarían a transferir ese cuidado a la naturaleza, al resto de seres vivos y al planeta. Del mismo modo la interferencia del *continuum*, del calostro, del contacto y del afecto genera condiciones de desafecto ideales para aumentar la agresividad,

los conflictos y las guerras que destruyen personas, familias, grupos, sociedades, continentes, seres vivos y por ende nuestro planeta.

El modelo de crianza natural o crianza corporal, es consciente de la importancia, relevancia y trascendencia para nuestra vida y bienestar del cuidado del embarazo, del parto y de la crianza, por lo que adopta un modelo, y por consiguiente, unas prácticas de crianza orientadas al desarrollo de bebés, niños y niñas pacíficos, amorosos, empáticos, solidarios que se conviertan en adultos cooperativos y comprometidos con el cuidado de las personas, del resto de seres vivos y de la naturaleza.

En ese modelo y en esas prácticas, el respeto de las necesidades biológicas y emocionales del feto y del bebé, así como las demandas de bebés, niños y niñas de contacto, amor, cercanía y afecto, serán atendidas desde la perspectiva de esta revolución calostrual y en el intento de no interrumpir un *continuum* de bienestar para toda la vida. Este modelo de crianza se orienta a la consecución de más paz, menos agresividad, más salud y menos enfermedad y para lograrlo la revolución calostrual llama nuestra atención sobre la importancia del respeto del *continuum* y la lactancia materna en las primeras horas y días de vida.

2.6. Biocentrismo y ecología profunda.

El biocentrismo, contrario al teocentrismo y al antropocentrismo, se preocupa por la vida y el respeto moral. Este concepto apareció en 1970 y pone el énfasis en el valor de todas las formas de vida, tanto humanas como no humanas. Una de las expresiones más conocidas del biocentrismo es la corriente de la ecología profunda y ambos están en consonancia con el modelo de crianza natural que, consciente de esta preocupación por la vida y el entorno, promueve el consumo de productos naturales y ecológicos así como el respeto y cuidado de la naturaleza.

La amplitud en la mirada a estos valores recoge también la espiritualidad, donde algunas familias, practicantes o no de religiones, encuentran otro modo de autoconocimiento, de desarrollo de valores morales o de atención a cuestiones o sensaciones que van más allá del cuerpo físico. Esto les lleva a acoger bien propuestas de actividades relacionadas con el aumento de conciencia corporal así como el aumento de conciencia medioambiental. Un grupo minoritario en búsqueda de armonía de cuerpo y alma se acercan a actividades de índole espiritual.

El modelo de crianza natural conecta con el biocentrismo y la ecología profunda al tiempo que promueve el contacto con la naturaleza. Algunas de las familias que lo practican

consumen productos de comunidades agrícolas dedicadas a la agricultura ecológica. También caracteriza a estas familias el uso de otro tipo de bienes—consumo que respetan el medio ambiente: uso de pañales de tela o biodegradables y toallitas no desechables, jabones sin parabenos o naturales como el jabón de Aleppo, juguetes de madera, textiles de algodón, lana, seda o cáñamo, consumo de cosméticos naturales procedentes de laboratorios que no experimentan con animales y desplazamientos en bicicleta, transporte urbano u otros medios no contaminantes. Desconfían de los pañales y toallitas desechables por la cantidad de tóxicos que ponen en contacto con el bebé por vía atópica y por su negativo impacto ambiental, de la alimentación preparada por su contenido en azúcares, conservantes y añadidos, de las leches de fórmula, de los juguetes de plástico y con pilas por su daño al medio—ambiente y de un surtido de accesorios existentes en el mercado para alojar al bebé en habitaciones o lugares separados de sus padres que califican de prescindibles por ir en contra de su modelo y por generar plásticos y otros múltiples residuos perjudiciales para el planeta.

Según Sánchez (2014), quienes abogan por la crianza natural ofrecen alternativas capaces de ayudar al medio ambiente, a la economía doméstica, y a la salud de los más pequeños. Esta nueva tendencia cala cada vez en más padres y madres que encuentran en ella la fórmula para combinar ahorro en tiempos de crisis, con el tan necesario cuidado ambiental.

Este enfoque y estas prácticas evidencian la necesidad de una transformación personal y social que conecte con la ciencia, la espiritualidad, la economía, la ecología y la naturaleza. Esto nos lleva a mirarnos de otro modo, buscando observar cómo nos vemos a nosotros mismos separados como individuos sin ser conscientes de nuestra pertenencia a un todo, de la interdependencia de nuestro bienestar y de nuestra identidad como usuarios, protectores y cuidadores tanto de personas como de nuestro planeta. Al final ambos cuidados repercuten a corto, medio y largo plazo en las personas.

Por otro lado, Lacombe (2011) hace alusión a la deshumanización de la crianza en referencia a prácticas artificiales o desvinculadas de las necesidades biológicas, físicas y emocionales de los bebés que se han incorporado a las crianzas consecuencia de otros intereses, entre ellos los económicos, sociales o políticos. La falta de información de las familias, la priorización de las necesidades de los adultos sobre las del bebé y el auge del individualismo hace que se extiendan y perpetúen hoy en día. Esta autora reivindica una crianza biocéntrica como profilaxis para la futura humanidad y responsable con la necesidad de respeto moral y autonomía de todo ser vivo.

Este enfoque biocéntrico y ecológico se preocupa de causar el menor impacto sobre el planeta cuidando las relaciones entre las especies, la no discriminación, el trato con los animales, la interactividad de los sexos, la democracia participativa, la agricultura ecológica y el uso de las energías renovables. Estos valores son practicados por muchas familias en el modelo de crianza natural, una crianza que como su propio nombre indica prioriza el aspecto natural en sus cuidados, prácticas, consumos y disfrute del ocio.

3. El cuidado emocional y ético en la crianza natural

Una vez repasadas las aportaciones que más han profundizado en el sentido de la crianza natural como modelo integral de desarrollo humano en sus etapas iniciales, dedicamos un segundo apartado para profundizar en las dimensiones que más claramente desarrolla el modelo de la crianza natural: el cuidado y desarrollo de las emociones, la ética del cuidado, y su traducción en prácticas de disciplina positiva, todas ellas con dentro del marco de los derechos de la infancia.

3.1. Cuidado emocional.

En la descripción del concepto de crianza natural destacábamos la importancia que el cuidado y atención a las emociones tiene en este modelo. Conforme avanzamos en el conocimiento de las bases, los orígenes y las prácticas de crianza natural afloran constantemente la atención a necesidades afectivas y emocionales, hasta ahora mencionadas en la importancia del *continuum*, de la revolución calostrual y del apego, y más adelante en la atención al embarazo, al parto, al contacto físico, al porteo, al colecho y al llanto. La continua presencia y atención a las emociones hace que este modelo se defina también como modelo de crianza emocional, lo que nos lleva a dedicar un apartado a estos cuidados emocionales.

La crianza natural busca la sintonía de las emociones de los padres y de las madres con las del bebé, niños y niñas y viceversa. En el aspecto emocional es fácil imaginar cómo unos padres y madres felices generarán emociones positivas en sus niños y niñas, y a su vez, los niños y niñas felices contagiarán de felicidad a sus familias. En otros momentos, serán otras las emociones que afloren en un espacio afectivo seguro que permita la expresión y gestión de las mismas y suponga siempre un aprendizaje y enriquecimiento familiar por la gestión de emociones más o menos positivas.

Relacionado con este ámbito emocional de bienestar podrán sumarse recursos y herramientas de ayuda para la mejora de la comunicación, las habilidades sociales y la asertividad. La cultura de Paz, la resolución pacífica de conflictos, los procedimientos de

negociación y mediación así como el modelo de comunicación no violenta serán recursos útiles en la construcción de relaciones cercanas, de confianza y bienestar así como para la expresión y comunicación emocional.

Las competencias emocionales de todas las personas del sistema familiar son un factor de protección de situaciones de riesgo social y aportan recursos y habilidades para mantenerse lejos de drogas, alcohol, vandalismo, delincuencia, agresividad, enfermedad mental y física. Las personas con buena competencia emocional disfrutan más de las relaciones saludables, tienen mejor socialización y son constructores de redes que beneficien a todo su grupo social, ayudando y fomentando la participación, la cooperación, la salud, la productividad y la democracia activa.

Entre las múltiples habilidades parentales, Musitu y Cava (2001) mencionan dos aspectos del ámbito familiar que se han relacionado sistemáticamente con la autoestima en los hijos y las hijas. Uno es la importancia del apego con el cuidador principal, como ya vimos, y el otro, los estilos de socialización parental. Estos estilos determinarán diferentes grado de desarrollo de las competencias emocionales.

La relación entre las figuras de apego y sus habilidades emocionales indican que las relaciones tempranas de apego poseen amplia influencia en la capacidad para regular el estrés, en la regulación de la atención y en la tendencia a las psicopatologías. Aún así se señala, falta investigación para conectar la seguridad en el apego y la regulación del afecto (Garrido-Rojas, 2006).

La familia es un contexto de indiscutible ayuda a los niños y las niñas en el desarrollo de estas competencias, en la expresión y comprensión de sus emociones y las de quienes les rodean, en el control de la impulsividad, la frustración, la constancia y la paciencia, en el afrontamiento de retos y situaciones de conflicto y en la autogeneración de emociones positivas.

Para ello parece necesario haber desarrollado previamente estas competencias en el ámbito parental pues difícilmente se puede ayudar a los hijos e hijas a desarrollar competencias de las que se carecen, por lo que la implicación de la familia es clave para la educación emocional de los hijos e hijas, y la mejor forma de hacerlo es desde la emoción. Es importante aprender a regular las emociones negativas de forma apropiada y promover las emociones positivas como indica Bisquerra (2011) aprendiendo a construir las desde la educación emocional como base del bienestar al que el autor se refiere del siguiente modo:

Una persona educada es aquella que está en condiciones de construir su propio bienestar y contribuir al bienestar general, en colaboración con los demás. Se puede afirmar que el bienestar es la finalidad de la educación emocional. Conviene tener presente que la construcción del bienestar incluye la regulación de las emociones negativas y la potenciación de las positivas (Bisquerra, 2011, p. 13).

Los retos de las familias están en continua transformación y adaptación, y a menudo cambian más rápido de lo que cabría esperar. De ahí la importancia de la gestión emocional para desarrollar habilidades de aceptación, adaptación o flexibilidad, importantes, tal y como se citaban en un capítulo anterior en el desarrollo de competencias parentales y para vivir en el mundo actual de incertidumbres, cambios y transformaciones. Esta capacidad de creatividad, innovación y contacto con la realidad son recursos también importantes en la educación y socialización de los niños y niñas, y que no pueden permanecer al margen de los cambios que afectan a sus vidas (Castillo, 2013).

Las prácticas educativas están inscritas en un tiempo de agitación y cambio, pero también un marco cultural estable del que cuesta arrancarlas. Los sistemas parentales de cada cultura modela a sus individuos privilegiando o reprimiendo unas emociones en favor de otras en función del sistema de valores que predominen en esa sociedad. La etnopediatría y las prácticas de crianza natural están muy relacionadas con las competencias emocionales, como se constata en cómo responden diferentes culturas a aspectos de crianza como son la comunicación con los niños y niñas o el llanto infantil (Garrido, 2013).

A lo largo de la historia ha faltado comprensión hacia las emociones más o menos primitivas de niños y niñas que aunque a veces parezcan fuera de lugar pueden ser completamente normales en algunos momentos evolutivos. Cuando una niña o niño pequeña/o se estresa es lógico que responda con conductas agresivas: morder, pegar, gritar o salir corriendo. Lo importante es lo que los padres y las madres con paciencia y mucha entrega, enseñen a los niños y las niñas a reflexionar sobre sus sentimientos para ir racionalizándolos.

En este sentido, el componente racional no surte efecto para calmar las alteraciones de los niños y niñas, como tampoco sucede con las personas adultas, quienes hasta que no se atienden las necesidades del cerebro emocional, difícilmente pueden conectar con su cerebro racional. Siegel y Payne (2013) aluden a este fenómeno como “sintonización”, que permite la conexión emocional tanto con las propias emociones como con las de las demás, incluidos las de los hijos e hijas. Algunas prácticas positivas para ayudar a encauzar las emociones de los

hijos e hijas son tomar sus aflicciones en serio, responder a las emociones con la voz apropiada, mantener la calma y fijar unos límites claros y tranquilizarles físicamente (Sunderland, 2007), algo que debe salir del cerebro de las madres y los padres cuando el clima emocional que observa en sus hijos e hijas puede arrastrarlos a la negatividad emocional.

El modelo de crianza natural que ayuda a esta conexión emocional pues parte de principios de contacto físico y emocional y de prácticas de cuidado que ayudan a las familias a empatizar y sintonizar con los bebés, niños y niñas.

3.2. Disciplina positiva.

La crianza natural desarrolla sus prácticas de regulación de la conducta desde un modelo constructivo, respetuoso, compartido y enfocado desde la ética y la comprensión de la realidad personal de los niños y niñas, por lo que asumen la denominada disciplina positiva como marco que inspira sus actuaciones y lo adapta a su modelo al usar el término “crianza positiva”.

El objetivo de la disciplina positiva es que los niños y niñas entiendan y compartan el sentido de las normas, que sean responsables para entender que sus actos tienen consecuencias y que actúen con libertad en función de estos conocimientos. Si usamos otro tipo de disciplina, como la punitiva, el niño o la niña actuará de la forma adecuada guiado por el miedo en lugar de llegar a la comprensión del porqué debe actuar así.

La disciplina positiva, como adelantamos en el capítulo anterior, está muy relacionada con la parentalidad positiva y se cita en este apartado por ser el séptimo principio de crianza con apego de la API. La disciplina positiva ayuda en la construcción de relaciones de confianza y cercanía entre padres, madres, hijos e hijas y se define a partir de los siguientes conceptos básicos, según Graham (2011):

- Igualdad social: todos merecemos un buen trato.
- Interés social (sentido de comunidad).
- El comportamiento de los niños y las niñas tiene un propósito: ser importantes y tener un sentido de pertenencia y conexión.
- Detrás del comportamiento hay una creencia (de percepciones e interpretaciones).
- Un niño o niña que se porta mal es un niño desmotivado.
- Los niños y las niñas se portan bien si se sienten bien.
- Amabilidad y firmeza al mismo tiempo.
- Respeto mutuo.

- No es punitiva (castigo) ni permisiva.
- Se basa en la solución de problemas.
- Enseña habilidades de vida a largo plazo.
- Tener el valor de ser imperfecto y no sentirme mal por ello.

La educación mediante la disciplina positiva tiene su fundamento teórico, pero no se olvida de su dimensión práctica, como se puede apreciar en las pautas que propone Rodríguez (2013): entiende al niño, ayúdalo a pensar, razonar y decidir su comportamiento de forma racional, no solo emocional; actúa como ejemplo y establece los objetivos de conducta que quieren conseguir; sé firme en tus decisiones, límites y normas pero con amabilidad y con cariño; dialoga con el niño/a, permitiéndole explorar las consecuencias de sus decisiones, utilizando de esta forma el error como fuente de aprendizaje (mediante preguntas y reflexión, en lugar de castigos para que paguen por su error); enfoca en las soluciones, y no solo en el problema, haciendo al niño/a participe en las mismas; desarrolla su autonomía, que sea una persona capaz de decidir; critica la acción y no a la persona.

El elemento nuclear de este modelo es entender el comportamiento de sus hijos e hijas (incluso cuando no es adecuado) y reconducirlo con respeto, sin castigos y guiándoles de forma positiva y afectuosa. No incluye ni el control excesivo ni la permisividad. Se basa en el respeto mutuo y la colaboración, todo con la intención de enseñar a niños y niñas competencias básicas para la vida. Un concepto muy importante de la disciplina positiva es la forma de llegar a acuerdos en común, porque es evidente que los niños y las niñas están mucho más dispuestos a cumplir las reglas que ellos mismos han contribuido a decidir. Cuando aprenden a colaborar y a tomar decisiones en familia, acaban convirtiéndose en personas que saben tomar decisiones, que asumen sus responsabilidades y que tienen un concepto positivo de sí mismas (Martínez, 2012).

Esta metodología permite comunicar con claridad expectativas, reglas y límites. Construye una relación respetuosa mutua y enseña habilidades útiles para toda la vida. De ese modo aumenta la capacidad y la autoconfianza de hijos e hijas para manejar desafíos vitales. Se preocupa por la enseñanza de la cortesía, la empatía, el amor propio, los derechos humanos y el respeto a los otros. Se trata de un enfoque de crianza que requiere una manera de pensar la educación centrada en identificar objetivos a largo plazo, entregar calidez, proporcionar estructura, comprender cómo piensan y sienten los niños y las niñas, y solucionar conflictos (Durrant, 2007).

Entre esas metas a largo plazo, figuran el desarrollo de la responsabilidad, la colaboración y la resolución de problemas. Ayuda a los padres y a las madres a salvar barreras comunicativas, poner fin a las luchas de poder; evitar los peligros de los elogios; transmitir su mensaje de amor; centrarse en las virtudes, no en los defectos; conseguir que los niños reparen sus errores sin perder su dignidad; enseñar a los niños y a las niñas no qué pensar, sino cómo pensar; obtener colaboración, tanto en casa como en clase; superar la dificultad especial que plantean las malas conductas durante la adolescencia (Nelsen, 2007).

Los castigos no forman parte de este modelo porque resuelven situaciones a corto plazo sin generar responsabilidad y además pueden generar dificultades añadidas, como las denominadas “4Rs” en referencia a los castigos (resentimiento, revancha, rebeldía y retraimiento) que terminan provocando rebeldía o sumisión y nada de esto es promovido por la disciplina positiva a la que le interesa el desarrollo de competencias para la vida (Nelsen, 2002, 2014).

El castigo, el sermoneo, regañar, culpar o avergonzar generan una situación de pérdida o lucha que suele desembocar en huida o congelación. Las acciones correctivas fracasarán hasta que no exista una conexión real entre niños y adultos donde se genere pertenencia e importancia del otro. Por ello la mayor parte de las herramientas de disciplina positiva proveen habilidades para crear una conexión.

Nelsen (2007) diferencia los tres enfoques más utilizados para interactuar entre padres e hijos: severidad (control excesivo y orden sin libertad), permisividad (sin limitaciones, libertad sin orden) y disciplina positiva (amabilidad y firmeza al mismo tiempo, libertad con orden). Respecto a la permisividad, Martínez (2012) afirma que hay personas que dan una crianza respetuosa utilizando también estrategias de disciplina positiva y hay personas que no, pero en ningún caso la crianza respetuosa es igual que la permisividad.

La disciplina positiva es más efectiva en la mejora de la convivencia diaria que una disciplina donde prevalezca el control absoluto o la falta de este, porque tal y como recoge Martínez (2012) enfatiza los principios de dignidad y respeto entre los padres, las madres y los niños y las niñas. Se trata de una disciplina basada en la cooperación, en el respeto mutuo y en compartir responsabilidades. Permite entender la conducta inadecuada de los niños y las niñas, promueve actitudes positivas hacia estos y les enseña a tener buena conducta, responsabilidad y destrezas interpersonales por medio del uso de los principios de generosidad, estímulo y respeto mutuo. La disciplina positiva brinda a padres, madres, educadores y educadoras herramientas para guiar en forma positiva y efectiva a niños y niñas.

3.3. Ética del cuidado y derechos de la infancia.

Es muy significativo que en la lectura de muchos documentos de acuerdos internacionales se encuentre el mismo sentido que tiene en el modelo de crianza natural cuando fundamenta sus prácticas de respeto total al mundo de la infancia, sus características, sus necesidades, sus ritmos y por lo tanto sus derechos. Uno de las maneras que tiene la crianza natural de vehicular estos derechos en su manera de tratar a los niños y niñas es la denominada ética del cuidado.

La ética del cuidado afirma que el cuidado y la asistencia no son asuntos de mujeres, sino de intereses humanos y es necesario sacar a la luz el valor del cuidado y la empatía. El cuidado está presente en múltiples contextos como la familia, la vida cotidiana y social o la escuela. Hay una etapa en la que ese cuidado es trascendental, la crianza, una etapa que ocupa a los padres y a las madres desde la infancia hasta la edad adulta de sus hijos e hijas (Gilligan, 1982).

La ética del cuidado conecta con el modelo de crianza natural en el intento de escuchar la voz diferente de las niñas, ahora mujeres, defendiendo su libertad de ejercer y disfrutar plenamente del cuidado de sus hijos e hijas. Un cuidado que ejercen de manera compartida con sus parejas en el intento de romper la tradicional perspectiva y cultura patriarcal. A este cuidado es al que tienen derecho los niños y las niñas, a un cuidado empático y cercano por parte de sus padres y de sus madres, del conjunto de sus familias, de sus educadoras y educadores y de la sociedad en general.

A pesar de que cada vez más estudios psicosocioeducativos evidencian que muchos de los problemas y enfermedades que afectan a la sociedad actual tienen su origen en nuestro desarrollo más temprano, el menor se beneficia enormemente del cuidado y atención corresponsable de su madre y de su padre. Los beneficios de atender esas etapas tempranas son múltiples en la salud y el desarrollo personal, social, escolar y laboral.

En nuestra sociedad del bienestar, este cuidado tiene una dimensión social y económica que no cabe soslayar, dado que estos cuidados solo son posibles en el mantenimiento y promoción de políticas de conciliación familiar que contemplan bajas de maternidad más extensas y horarios familiares más flexibles. La dedicación a la crianza y el modelo elegido en la actualidad por las familias occidentales se ve en gran medida limitado por estas circunstancias de manera que familias, sociedad y Estado son responsables de la transformación de estas circunstancias así como del desarrollo de esta ética del cuidado.

Si las políticas de los diferentes gobiernos internacionales tratan de desigual manera este cuidado, no será porque no tengan marcos de investigación, y lo más importante, marcos normativos que ofrezcan pautas y desarrollos legales para facilitar su implementación.

El más importante es el marco de la protección de los derechos de los niños y las niñas de la Asamblea General de las Naciones Unidas (1989) y la Convención sobre los Derechos del Niño (UNICEF, 2006). A partir de entonces se ha intentado promover la ratificación de los Estados comprometidos con legislaciones que reconozcan a niños, niñas y adolescentes como verdaderos sujetos de derechos garantizando su pleno desarrollo. La familia, el Estado y la sociedad deben respetar los derechos de los niños y las niñas de la citada Convención. Además, el Estado tiene la responsabilidad de crear políticas públicas que garanticen el ejercicio de los mismos mediante programas y planes de intervención para niños/as y adolescentes.

Hay un caso en el que la comunidad de crianza natural se ha mostrado sensible y exigente para defender el contacto constante con el niño/a, y este es la situación de hospitalización. Con el objetivo de concretar los derechos de los menores y garantizar la aplicación de los mismos en determinadas situaciones surgen marcos legislativos o normativos complementarios, como los derechos de los niños y niñas hospitalizados, que evolucionaron del siguiente modo:

- 1984: Carta de los Derechos de los y las Pacientes.
- 1986: Carta Europea de los Niños y las Niñas Hospitalizados.
- 1987: Recomendaciones sobre hospitalización.
- 1988: Carta de la EACH (Asociación Europea de Niños y Niñas Hospitalizados) de los Derechos de los Niños y las Niñas Hospitalizados (Resumen de la Carta de 1986).

Posteriormente, se publicó el documento de *Derechos del Niño Hospitalizado. Todos los derechos para todos los niños* (UNICEF, 1995), cuyo artículo 9 recoge el derecho del niño “a permanecer con sus padres, a hacer apego al nacer y permanecer con sus padres día y noche. El recién nacido tiene derecho a permanecer constantemente con su madre y a alimentarse exclusivamente de su leche”. Este derecho defiende la importancia y necesidad del bebé de mantenerse en contacto piel con piel con su madre e intenta evitar una de las mayores vulneraciones de los derechos de un bebé cuando se le separa de su madre o padre tras el nacimiento. En nuestro país se recoge como recomendación en el ámbito sanitario el respeto al contacto físico inicial como veremos más adelante en el apartado dedicado al parto.

La separación puede perturbar el vínculo inicial entre madre–hijo que la naturaleza de manera instintiva provoca como base del desarrollo físico, emocional, intelectual y social del bebé.

El documento más reciente es la Declaración de Ottawa de la AMM sobre la Salud del Niño adoptada por la 50ª Asamblea Médica Mundial, Ottawa, Canadá, Octubre 1998 y enmendada por la 60ª Asamblea General de la AMM, Nueva Delhi, India, Octubre 2009. Este documento recoge los derechos del niño a la atención médica, el interés superior del niño, el ambiente hospitalario adecuado, el acompañamiento constante, la mitigación del estrés y la lactancia materna.

En el año 2000 se celebró un Coloquio Internacional de Bioética y Derechos del Niño en Mónaco conocido como Declaración de Mónaco, organizado por la Asociación Mundial de Amigos de la Infancia y la UNESCO (AMADE Y UNESCO, 2000). Se clasificaron los derechos de los niños y las niñas en tres bloques: los orígenes del infante, los vínculos del infante y el cuerpo del infante. Cabe destacar que el impulso del enfoque bioético en la medicina puede servir de ayuda al respeto e impulso de prácticas naturales de crianza desarrolladas en las familias a las que la comunidad médica había prestado anteriormente poca atención y escucha.

Los derechos de niños, niñas, padres y madres se han visto conculcados por ataques desde diversos sectores económicos y disciplinas varias que han apostado por la artificialización de la crianza con chupetes, carritos, habitaciones separadas, biberones y aparatos de escucha de bebés así como por la crítica de la lactancia materna, el fortalecimiento del adultocentrismo y otras muchas críticas a prácticas respetuosas de crianza. Todos estos inventos e ideas alejan al bebé del cuerpo de su madre o de su padre, interrumpen el contacto que el bebé demanda y al que como hemos visto tiene derecho (Massó, 2010).

En la actualidad todavía se vulneran múltiples derechos de los niños y las niñas y entre las causas de la vulneración de estos derechos se encuentran el adultocentrismo, las creencias familiares, las políticas laborales, el desconocimiento de los cuidadores o cuidadoras, y la falta de tiempo de los padres y las madres. Hay algunas vulneraciones a los derechos del bebé que son parte del modelo de crianza natural, como el Artículo 19 de los derechos fundamentales de los niños que recoge que “la falta de atención al llanto del bebé sería someterle a una violencia pasiva, así como negligencia por omisión de cuidado a recién nacido” (Massó, 2010).

Las prácticas de la crianza natural se ven en este apartado reflejadas por multitud de documentos internacionales dedicados a prescribir unas prácticas que no vulneren los

derechos de los niños y niñas a un desarrollo ético y emocionalmente sano. Queda para la reflexión de las instituciones educativas y sanitarias el análisis ético de las razones que impiden una falta de correspondencia tan patente entre los derechos y las prácticas.

El inicio de la crianza natural: el embarazo y el parto

1. El embarazo
2. El parto
 - 2.1. El parto natural
 - 2.1.1. El clampaje del cordón umbilical
 - 2.1.2. La ingesta de líquido amniótico y placenta.
 - 2.2. El plan de parto
 - 2.3. El parto en casa.
3. Las doulas
4. La prevención de la violencia obstétrica

Capítulo IV. El inicio de la crianza natural: el embarazo y el parto

En el capítulo anterior descubrimos el concepto, las bases, orígenes, fundamentos y relaciones actuales del modelo de crianza natural. Conocimos su origen vinculado a la teoría del apego y comprobamos como otros enfoques, corrientes o paradigmas posteriores se han ido sumando a este modelo. A partir de ahora en los dos capítulos siguientes procederemos a conocer las prácticas más representativas relacionadas con este modelo. Para ello hemos optado por diferenciar las que se desarrollan en torno al embarazo y al parto, que abordaremos en este capítulo, y las que se desarrollan a partir del momento del nacimiento a las que dedicaremos el capítulo siguiente.

1. El embarazo

La crianza natural comienza desde el mismo momento de la concepción. La crianza natural enfoca el embarazo como el comienzo de una relación profundamente emocional que se desarrolla en medio de una vorágine de cambios físicos, emocionales y cognitivos de ambos seres. La biología en el cuerpo de la madre pone en marcha múltiples mecanismos para la acogida de la nueva vida, mientras que la cultura del cuidado de la embarazada se empieza a traducir en prácticas, y es justo ahí donde se produce la escisión entre los diferentes tipos de crianza.

La crianza natural se preocupa por cuidar de manera consciente el ambiente, la salud y las emociones de la madre porque eso significará cuidar también la salud física y emocional del feto. Ese cuidado se refleja en un clima de amor y respeto en la relación personal o de pareja como contexto propicio para el embarazo, parto y posterior crianza del bebé.

Cada vez más autores creen que unas vivencias emocionales saludables desde nuestro origen como personas promoviendo embarazos y partos naturales son la base necesaria para el nacimiento de una sociedad más saludable y pacífica. El momento del parto representa el final de la íntima relación umbilical y el principio de una nueva relación por construir. La crianza natural entiende el embarazo y el parto como dos momentos cruciales para el inicio de una conexión emocional y una vinculación saludable entre madres y bebés a la que se pueden sumar padres, hermanos/as u otros familiares.

Antes aludimos a los procesos biológicos tan arrolladores que se producen desde el momento de la concepción. Uno de los elementos que definen epistemológicamente el modelo de crianza natural es su visión holística e integrada de los fenómenos vitales, descubriendo nexos entre el mundo biológico y el emocional, y generando un conjunto de prácticas dirigidas conscientemente a no interrumpir los procesos que dicta la vida. Esta es la razón por la que es necesario adentrarnos, aunque sea someramente, en la descripción de algunos procesos biológicos que fundamentan las prácticas de la crianza natural.

La conexión y la simbiosis entre la madre y el futuro bebé protagonizan los meses de embarazo desde los primeros días. Troswsdale (2006, citado en Martín, 2008) explica cómo esa simbiosis entre madre y feto muestra la dependencia del nuevo ser respecto a su madre para subsistir. La madre no rechaza al feto a pesar de que tiene un número de componentes extraños para su cuerpo procedentes del ADN del progenitor y se produce un intercambio especial de células:

Aunque la sangre de la madre y del feto no se mezclan, en el trofoblasto ocurre un cierto intercambio de células, de modo que, en realidad, en la sangre de la madre se detectan células fetales y, en la del feto, células maternas. Este intercambio se denomina “microquimerismo”, y se cree que esta coexistencia ocurre gracias a un mecanismo de “tolerancia” del sistema inmunológico de la madre, respecto a las células extrañas del feto. (Troswsdale, 2006, citado en Martín, 2008, p. 16).

Esta simbiosis repercute también en el primer trimestre del embarazo, respecto a los meses sucesivos, en una mayor supresión del sistema inmune de la madre. Esto podría estar relacionado con las náuseas que la embarazada siente en los primeros meses conformándose un mecanismo de protección que evitaría la ingesta de alimentos tóxicos o dañinos para el feto. El cuerpo de la madre reacciona desde los primeros momentos con actitud facilitadora y protectora hacia la vida del bebé, a la vez que sucede una intensa conexión biológica e incluso emocional entre ambos.

La relación de la madre con el feto durante el embarazo se produce a nivel celular y de apego afectivo a nivel neuronal en el cerebro. La secreción de la oxitocina, una hormona decisiva en el establecimiento del vínculo de apego, en la madre se constata a partir del quinto mes de embarazo, cuando la madre puede empezar a sentir los movimientos del feto. Posteriormente, en el parto, gracias al contacto piel con piel entre madre y recién nacido se liberará la oxitocina almacenada en las neuronas durante el embarazo y se reforzará así el vínculo de apego.

La naturaleza y la biología, gracias a las circunstancias neuroendocrinas del embarazo, ayudan a la mujer en la reducción del estrés y en el apego emocional con el feto. En situación de estrés las neuronas cerebrales del hipotálamo de la mujer embarazada realizan ajustes en la liberación de cortisol y, entre el segundo y el cuarto mes de embarazo, los ovarios aumentan la producción de progesterona para reducir la respuesta emocional y física al estrés (López, 2008).

Preservar a la mujer embarazada de perturbaciones emocionales que pueden alterar estos procesos en un ambiente de estabilidad y afecto en la pareja conforman el contexto adecuado para un embarazo pleno y saludable. El cuidado físico y emocional de los padres también desarrollan el apego con sus hijos e hijas a través de otros estímulos a su alcance como los táctiles, olfativos y visuales. Esta estimulación también refuerza los sentimientos y la estimulación cerebral neurológica y afectiva (Tristán, 2008).

Los bebés están especialmente conectados con sus madres, perciben su estado emocional, si están tristes, preocupadas o tensas. El ambiente influye en la tranquilidad del bebé y el cuerpo de las madres produce sustancias tranquilizadoras u otras sustancias (catecolaminas) que aceleran el corazón:

Estas le llegan a través de la placenta, pudiendo causarle sufrimiento y dificultades en su desarrollo. De la misma manera, cuando su madre está alegre y contenta, pues su cuerpo produce otras sustancias (endorfinas) tranquilizadoras, que también les llegan a través de la placenta, recibe bienestar, tranquilidad y ayudando en su sano crecimiento. El bebé puede escuchar la voz de los padres y otros miembros de la familia, especialmente a partir de las 20 semanas (5 meses). También percibe los sonidos del ambiente, por eso es importante que las músicas sean tranquilas, variadas, y no con ruidos estridentes. (UNICEF, 2014, p. 26).

Son muchas las investigaciones que señalan las consecuencias del estado emocional de la madre durante el embarazo para el feto, para el bebé y para el niño en su desarrollo posterior, como los de Odent (2009) la tendencia hacia la criminalidad, el alcoholismo o el desequilibrio mental de personas cuyos padres habían muerto durante el embarazo de sus

madres, presentando niveles de cortisol altos por la sensación de tristeza, preocupación, estrés o ansiedad.

Cabría esperar que estas consecuencias sólo afectaran a los bebés pero, según Guteling, Weerth y Buitelara (2003), estos efectos sobre los recién nacidos se mantienen en la infancia. En un estudio realizado a niños y niñas que previamente habían sido evaluados a los tres y a los ocho meses de vida se encontró la continuidad del efecto de estrés a lo largo de los años. Con cuatro años se les midió el cortisol en la saliva en el primer día del colegio y antes de ponerles una vacuna: los hijos e hijas de madres que habían tenido más estrés en el embarazo tenían concentraciones más altas de cortisol.

Entre las consecuencias en los bebés, niños y niñas del estrés y la ansiedad de sus madres durante el embarazo, se conocen el aborto espontáneo, parto prematuro, bajo peso en neonatos, alteraciones congénitas como el labio leporino, menor exploración, menor alerta activa o menor respuesta a estímulos, trastornos de conducta y emocionales en infancia, enfermedad mental, esquizofrenia, etc. Las causas de algunas de estas consecuencias se buscan en la alteración del equilibrio hormonal que el estrés provoca en el embarazo o la afectación del sistema inmunológico con el consiguiente incremento de riesgo de infección (González, 2009).

Este autor cree necesario atender la ansiedad y el estrés materno para reducir el sufrimiento de la madre y del feto buscando terapias alternativas de tratamiento no farmacológico para prevenir trastornos de conducta, emocionales y de hiperactividad. Concluyendo así la relevancia de prevenir, diagnosticar y tratar precozmente el estrés y la ansiedad en el embarazo.

Sería necesario promover que las madres hagan una evaluación positiva y optimista de su rol, ya que ello ha demostrado ser un factor atenuante del estrés parental. El conocimiento de elementos contextuales de la familia y el grado de adaptación y cohesión familiar son factores protectores del ajuste y la adaptación al estrés. Esta reflexión nos lleva también a la necesidad de una preparación profesional emocional específica en el personal que atiende o está en contacto con la mujer embarazada.

Odent (2009) afirma que la primera causa de estrés en el embarazo es la preocupación por el embarazo por lo que los profesionales sanitarios deberían cuidar y proteger el estado emocional de las mujeres embarazadas. Según este autor el estado emocional de la madre durante la etapa fetal tiene más influencia a largo plazo que todo el año siguiente al

nacimiento, por lo que el sistema sanitario, social, escolar y familiar tendría que evitar generar angustia y desasosiego a las gestantes.

Afortunadamente, hay instituciones que se preocupan por informar a las familias sobre la importancia del estado emocional de las madres y su influencia en las reacciones y en el desarrollo del futuro bebé, como los materiales que UNICEF publica con orientaciones plenamente coincidentes con la crianza natural, como estas:

La tensión emocional prolongada de la madre durante la gestación puede tener consecuencias perjudiciales para el niño o niña, tales como: nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, hiperactividad, irritabilidad, cólicos u otras alteraciones a largo plazo. La embarazada que sufre experiencias afectivas negativas necesita tener apoyo emocional y compartir sus preocupaciones ya sea con su pareja, sus familiares, amistades u otras embarazadas. Así podrá encontrar formas de alivio y afrontará sus problemas sintiéndose más apoyada y acompañada. [...]Un clima familiar positivo ayuda al buen desarrollo del feto y posteriormente del niño o niña. Antes se creía que el bebé en el vientre no entendía nada, que no oía, veía, ni sentía. En cambio, ahora se sabe que su cerebro se desarrolla rápidamente, por eso es bueno cantarle, hablarle, contarle cuentos, de manera que vaya incrementando todas las potencialidades que tiene (UNICEF, 2014, pp. 24– 26).

Otro factor de enorme potencial preventivo es la realización del ejercicio físico durante el embarazo de no existir problemas de salud. La realización de actividades deportivas específicas con tranquilidad, relajación y bienestar para las embarazadas supone también una oportunidad de encuentro con otras mujeres que comparten las mismas circunstancias vitales para poder compartir preocupaciones similares abordando así conjuntamente su cuidado físico y emocional.

La oferta de actividades para el cuidado de las mujeres embarazadas aumenta en todas las ciudades y las madres cercanas al modelo de crianza natural participan de actividades como gimnasia hipopresiva, estimulación acuática en el embarazo, yoga, pilates, voz y canto maternal, masajes o reflexología podal. Tras el parto continuarán realizando actividades conjuntamente con sus bebés: yoga, masaje para bebés, estimulación acuática, talleres de emociones, lectura y juego, educación nutricional, salidas a la naturaleza en familia, etc.

2. El parto

El parto en nuestra sociedad ha sufrido grandes influencias culturales y médicas desde el siglo pasado. Cualquier persona que imagine una situación de parto en la actualidad es posible que la asocie al paritorio de un hospital y a un cúmulo de diferentes sensaciones que

pueden ir del dolor al amor en función de las creencias previas forjadas con experiencias más o menos cercanas y la influencia de otros factores como pueden ser el tratamiento de este tema en los medios de comunicación. Comenzamos con este apartado dedicado al parto en general para continuar posteriormente con aspectos más relacionados con la crianza natural como son el plan de parto, el parto natural o el parto en casa.

En el siglo XX se advierten múltiples cambios en el parto con aumento gradual de asistencia hospitalaria llegando en la década de los noventa a casi el 100% de nacimientos europeos en hospitales. Exceptuando a Holanda donde el 35% de partos eran domiciliarios y al Reino Unido donde se aconsejaba en 1992 el parto domiciliario a madres de bajo riesgo.

En el resto de países la asistencia hospitalaria del parto ha conducido a un aumento del uso de la oxitocina sintética, inicialmente indicada solo para la inducción de determinados partos. Su uso se ha extendido en la actualidad a la mayoría de partos que se hacen así más dolorosos y requieren en mayor medida el uso de anestesia epidural, a la vez que han aumentado las episiotomías, las cesáreas y los partos instrumentados.

La “invasión medicalizada del cuerpo” de la mujer lleva a las mismas a perder el control de una función natural para la que están preparadas. En los años sesenta algunos grupos de mujeres reaccionaron con campañas contra las episiotomías y el excesivo intervencionismo obstétrico pidiendo un cambio en la atención al parto cuyas peticiones continúan hasta la actualidad (Castaño, 2014).

Dentro de las dimensiones de análisis del parto, la Neurobiología del parto según Vargas Rueda y Chaskel (2007) estudia los mecanismos químicos, neurológicos y hormonales que favorecen el vínculo después del parto, así como las consecuencias de alterar su equilibrio, como cierta predisposición a sufrir trastornos mentales, de la personalidad o modificaciones neuroendocrinas. Por ello es importante que tanto los profesionales como las familias conozcan que nada más nacer se produce un periodo muy especial que dura alrededor de dos horas, en que el bebé está alerta pero tranquilo.

Este periodo está influido por dos hormonas que se segregan durante el parto, la oxitocina y la noradrenalina, que por una parte estimulan el vínculo entre madre e hijo y, por otra, despiertan el olfato, uno de los sentidos más desarrollados en el bebé al nacer. El cuerpo se prepara así de modo natural para reforzar el vínculo del apego entre madre e hijo/a y si no se interfiere este proceso se establecerán las bases químicas, neurológicas y hormonales adecuadas. La importancia de que esa primera relación se produzca en las condiciones más favorables, piel con piel, es clave para las redes de conexión neuronales, con posibles

repercusiones en la contención de la ansiedad o la tolerancia de la incertidumbre y la frustración (Sáez, 2014).

Se ha comprobado que este primer contacto piel con piel ayuda a que el bebé se recupere antes del estrés del parto, se normalicen los índices de glucemia y se regule su temperatura corporal. También la madre se ve beneficiada, puesto que el bebé dispara en ella la segregación de hormonas de placer y de bienestar, que alivian el dolor del parto. El parto supone liberación de oxitocina natural almacenada para reforzar el vínculo de apego y retorno a niveles habituales de la respuesta al estrés. La vuelta a la normalidad neuroendocrina exige una adaptación, que conlleva cierto riesgo de fluctuaciones anímicas y que, en los casos más graves, puede llegar a la depresión posparto. Otros estudios muestran que el respeto de estos primeros momentos de contacto físico, el establecimiento del vínculo entre la madre y el bebé y el comienzo de la lactancia suponen también un gran factor de prevención de la depresión posparto en la madre (López, 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) preocupada por esta excesiva medicalización y sus negativas consecuencias en la salud publicó las Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento (1985) y el Manejo de las complicaciones del embarazo y del parto (OMS, 2003). El uso de medicalización y un exceso de intervencionismo puede perturbar momentos tan importantes como los descritos en los párrafos anteriores.

Las recomendaciones específicas de 1985 ya hacían indicaciones sobre la importancia del acompañamiento de la madre, pero el documento de la OMS de 2003 es más amplio que su predecesor y hace recomendaciones más extensas respecto a la comunicación y apoyo emocional y psicológico así como a todos los posibles procedimientos a seguir en el parto por parte del personal sanitario.

En nuestro país, la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007) conocida como EAPN, también se preocupa de ofrecer un marco nacional actualizado para la atención al parto. En la introducción del documento también se alude a la necesidad de mejoras en aspectos de calidez, participación y protagonismo de las mujeres en el proceso del parto. Extractamos algunas de estas las recomendaciones que son esenciales también en el modelo de crianza natural. Algunas de las prácticas aquí recogidas son fuente de conflicto entre las madres que las reclaman y los profesionales de la sanidad cuyas creencias o protocolos de atención al parto no las han incorporado todavía:

- Rasurado del periné: evitar la práctica rutinaria.

- Enema: se desaconseja la administración rutinaria de enema a la gestante.
- Acompañamiento durante el proceso: permitir y alentar a todas las mujeres, si lo desean, a que cuenten con personas de apoyo.
- Periodo de dilatación: instruir a la embarazada en el reconocimiento de los signos de un verdadero trabajo de parto para reducir el número de consultas de guardia por falsos trabajo de parto.
- Facilitar que la gestante pueda deambular y elegir adoptar la posición de acuerdo a sus necesidades y preferencias.
- Potenciar entornos amigables (naturales, arquitectónicos y psico-sociales) que ayuden a una actitud y vivencia en las mejores condiciones.
- Realizar una monitorización y control del bienestar fetal adecuado a las recomendaciones de la OMS, no realizar amniotomía de rutina, no colocar vía venosa periférica profiláctica de rutina, el empleo de la oxitocina sintética se limitará a los casos de necesidad y no se considera necesaria si el progreso del parto es el adecuado, limitar el número de tactos vaginales a los mínimos imprescindibles.
- Manejo del dolor durante el parto: informar previamente a las mujeres sobre los diferentes métodos para el alivio del dolor, informar sobre los riesgos y consecuencias de la analgesia epidural para la madre y la criatura.
- Posición materna durante el periodo expulsivo: permitir que las mujeres adopten la postura que espontáneamente prefieran, incluido el expulsivo.
- Episiotomía: promover una política de episiotomía selectiva y no sistemática.
- Alumbramiento: no pinzar el cordón con latido como práctica habitual,
- Partos instrumentales: evitar realizar partos instrumentales salvo indicación por patología y respetar los tiempos de duración del periodo de expulsivo, uso de *vacuum* como primera opción cuando esté indicado un parto asistido.
- Cesáreas: investigar las causas del incremento de las tasas de cesárea y de su variabilidad.
- Contacto precoz Madre con Criatura recién nacida: deben permanecer juntas tras el parto y no separarse en ningún momento si el estado de salud de la madre lo permite. Inmediatamente después del parto, la criatura recién nacida se coloca sobre el abdomen de la madre, se la seca y se cubre con una toalla seca. Así se agarrará al pecho de forma espontánea en la mayoría de los casos, permaneciendo

al menos 70 minutos en estrecho contacto piel con piel con su madre, los únicos procedimientos que se realizarán a la criatura recién nacida durante este tiempo de contacto piel con piel con su madre, son su identificación y la adjudicación de la puntuación del test de Apgar. Informar a las madres sobre las ventajas del contacto piel con piel, posponer las prácticas de profilaxis ocular, peso, vitamina K, etc., Al finalizar el contacto precoz, intentando realizar todos los procedimientos en presencia de las madres y padres, y tras su consentimiento, no deben realizarse de forma rutinaria la aspiración de secreciones, el lavado gástrico, el paso de la sonda orogástrica, el paso de sonda para confirmar la permeabilidad de las fosas nasales y el paso de sonda rectal, no son necesarias y no están exentas de riesgo.

- Atención postnatal inmediata: abandonar los procedimientos injustificados (aspiraciones, comprobación de la permeabilidad de coanas, esófago y ano). Retrasar la realización de los procedimientos necesarios pero que supongan separar a la criatura de su madre. En el caso de las criaturas recién nacidas hospitalizadas, rodearlas de un ambiente cómodo y placentero, lo más semejante a un hogar para ellas y sus familias.
- Lactancia: promover prácticas eficientes en el apoyo a la lactancia materna, facilitar en cada hospital a cada madre la posibilidad de la lactancia materna, su extracción, conservación y mantenimiento para la administración al recién nacido de la leche de su propia madre.

Estas recomendaciones fueron difundidas en el 2007 y múltiples estudios actuales recogen información sobre la falta de actualización de los protocolos hospitalarios para respetar estas orientaciones y otras realizadas con posterioridad.

Una de estas orientaciones, la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal (2010) se publicó como herramienta de acompañamiento a la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud (2007) para facilitar su implementación por matronas, obstetras, pediatras, enfermería y demás profesionales implicados en la atención a las mujeres en el parto, en el intento posiblemente de impulsar las prácticas citadas en los documentos mencionados y pendientes de implementación en muchos hospitales o de conocimiento por parte de profesionales sanitarios. Quizás el hecho de que se trate de documentos sin carácter normativo hace que sea difícil que sus indicaciones sean una realidad para el bienestar y satisfacción de las mujeres, los bebés, sus familias y los profesionales que prestan la atención en la actualidad.

Es importante destacar cómo en este documento de 2010 se recogen indicaciones actualizadas en referencia a la importancia del contacto físico y la importancia de la piel con piel entre madre y bebé, así como orientaciones para facilitar la lactancia en los primeros momentos. También se evidencian instrucciones claras para reducir el excesivo intervencionismo médico en los partos y un claro intento de promover los partos fisiológicos, naturales.

El parto es una posible situación de estrés para madre y bebé, siendo los más estresantes aquellos en los que se usa fórceps o ventosa. Los bebés que tienen partos estresantes responden a situaciones de estrés posteriores con más llanto. Se puede concluir la importancia de una buena gestión emocional de los padres y las madres en el embarazo, en el parto y en la crianza. Lo sorprendente es que a pesar de la evidencia científica no se desarrollen más programas de prevención y atención a las familias, al menos para aquellas que se encuentran en situación de riesgo psicosocial para el desarrollo de habilidades de gestión emocional así como para el apoyo a los padres y las madres en la reducción de otros factores de riesgo de estrés familiar.

Según Castaño (2014), en los últimos años son muchas las asociaciones que han surgido en España para ayuda de colectivos desfavorecidos, solución de carencias y defensa de identidades negadas. Son las redes sociales de autoayuda, sin interés político, las que están cubriendo necesidades olvidadas por el sistema, necesidades de carácter personal y comunitario. Consecuencia de esto aparecen asociaciones como EPEN (El Parto Es Nuestro) en cuya Web se reflejan situaciones vividas por algunas mujeres donde se vulneran sus derechos o los de sus bebés. Estamos en un momento de cambio social y cultural en el que se reivindica de manera mundial la naturalidad del parto.

El Ministerio responsable de Sanidad mostró sensibilidad con esta salud integral de la mujer y por ello se publicaron los documentos citados en 2007, 2010 y 2011 haciendo llegar recomendaciones al personal sanitario para que respetara y promoviera los partos fisiológicos en cumplimiento de las recomendaciones de la OMS y de las actuales evidencias científicas. La falta de adecuación de los protocolos de hospitales a estas orientaciones, como veremos ahora, pone de manifiesto que hubieran sido necesarias mayores acciones de sensibilización, refuerzo y acompañamiento sobre dichos documentos en los años posteriores a la publicación de estos esfuerzos que por otra parte continúan siendo necesarios en la actualidad.

Así no sólo las Administraciones y Asociaciones Profesionales han iniciado acciones en este sentido, otras asociaciones como *El Parto es Nuestro*, de la que hablaremos más adelante,

se dedican también a defender una mayor humanización en los partos y una menor medicalización. Mientras que muchos médicos argumentan que los partos, por muy naturales que sean se pueden complicar y que la presencia e intervención médica se hace imprescindible no diferenciando entre embarazos y partos de diferente riesgo.

En un estudio reciente sobre las diferencias en la atención al parto se afirma que una misma mujer puede tener un parto diferente en función del hospital que elija para dar a luz. Duplicará o triplicará las posibilidades de una cesárea, un parto instrumental, una episiotomía o una inducción en función de la Comunidad Autónoma en la que se atienda el parto y tendrá mayor probabilidad de sufrir intervenciones en los hospitales privados que en los públicos. España destaca como país especialmente intervencionista no sólo en cesáreas, también en partos instrumentales, episiotomías e inducciones, sin que ello derive en mejores resultados de mortalidad perinatal (Recio, 2015).

Conscientes de estas circunstancias en los últimos años en numerosos países se vienen multiplicando las iniciativas relacionadas con la humanización del parto en el mundo como la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) lanzada por la OMS y UNICEF animando así a los hospitales, servicios de salud, y en particular las salas de maternidad a adoptar al menos las prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento.

En alusión a esta corriente que insta a “humanizar” el parto Lacoma (2011) cita palabras del autor de la revolución calostrual instando a mamiferizar el parto más que a humanizarlo. En un sentido similar Odent (2007) habla también de “deshumanizarlo” y no solo el parto también la crianza, con la intención de restarles intervenciones y aproximarlos más a los procesos naturales que son y en los que ayuda enormemente conectar más con nuestro cerebro emocional. Estos comentarios intentan manifestar que desde que los humanos nos dedicamos a invadir e intervenir excesivamente el proceso de parto “humanizándolo”, de aquí la crítica al término, el parto perdió en naturalidad, respeto fisiológico y emocional hacia la mujer y el bebé. Hablan de “deshumanizar” en el sentido de que muchos humanos y humanas en los paritorios den un paso atrás reduciendo en muchos casos el número de personas que asisten el mismo y reduciendo también las prácticas médicas obsoletas y excesivamente intervencionistas comentadas, permitiendo a la mujer y al neonato recuperar el protagonismo y control del nacimiento.

De manera parecida, Fernández (2014) afirma que el parto como acontecimiento sexual es también instintivo, involuntario y dirigido por el cerebro mamífero o sistema límbico

porque el cerebro racional, con el que parece le intentamos conectar a menudo, inhibe el equilibrio hormonal necesario para que se desarrolle de manera adecuada.

Los avances en la atención al parto en nuestro país se deben a los esfuerzos de múltiples colectivos entre ellos cabe mencionar el aumento de profesionales formadas/os y preocupadas/os por implementar mejoras en dicha atención. También cabe mencionar que muchas mujeres informadas y conocedoras de la situación actual del parto en nuestro país elaboran planes de parto en el intento de garantizar el cumplimiento de las recomendaciones de la OMS.

Este tipo de documento (plan de parto) también las ayuda a confiar y estar más seguras el día del parto. Por otro lado, un minoritario grupo de mujeres (con embarazos de bajo riesgo) opta por el parto en casa atendido principalmente por matronas o matrones. Ambos grupos coinciden en la búsqueda de unas condiciones favorecedoras de un parto más natural poniendo a su vez de manifiesto la mejora de la información e implicación de profesionales y familias para una preparación e intervención más consciente en el momento del parto.

2.1. El parto natural.

Un parto fisiológico y humanizado se caracteriza por ser un parto natural de inicio espontáneo y terminación vaginal, demora en el corte del cordón umbilical, contacto piel con piel y lactancia materna exclusiva. Un creciente número de autores dedicados al estudio del parto ofrece información importante sobre la mejora del proceso natural para la mujer así como una serie de recomendaciones para la preparación de un ambiente óptimo de nacimiento para el bebé. En este apartado continuamos avanzando en el desarrollo de orientaciones favorecedoras de partos más naturales hasta llegar a la intimidad de los partos en casa.

Odent (2009), explica cómo todos los mamíferos dan a luz gracias a una repentina emisión de hormonas como la oxitocina, producida por la madre, que facilita el nacimiento del bebé, la expulsión de la placenta y el amor maternal, sin embargo, otras hormonas como la adrenalina pueden interferir el proceso. La segregación de adrenalina evolutivamente era una ventaja para las mamíferas que tenían que retrasar el momento del parto por situaciones de lucha o huida frenando la producción de oxitocina y posponiendo así el parto. Los mamíferos la segregan también cuando se sienten observados de ahí la necesidad de privacidad en el parto. Esta hormona de emergencia afecta también la termorregulación de modo que en un entorno frío se produce vasoconstricción. Por eso cuando una hembra está pariendo debe estar en un entorno cálido. Esto lleva al este autor a concluir que las mujeres, por su condición de

mamíferas, a la hora de parir deben sentirse seguras, no observadas y en un ambiente cálido ya que una mujer que no confíe en el entorno o se sienta asustada, como mamífera que es, podrá aumentar involuntariamente la producción de adrenalina frenando a su vez la producción de oxitocina y provocando que se detenga el parto o no progrese del modo esperado.

Santos (2013a) en la misma línea afirma que en un proceso de parto normal cabría esperar la reducción de la actividad neocortical de la madre con el control del cerebro más primitivo y la regulación hormonal de la pituitaria. Cualquier estimulación neocortical a causa de lenguaje, luz, observación de otras personas, o del intelecto puede interferir el proceso de parto. En los paritorios a menudo ocurre lo contrario, se dan condiciones favorecedoras de la estimulación del neocórtex, responsable del pensamiento racional, provocando la producción de adrenalina causante de la inhibición de las contracciones necesarias para la salida natural del bebé.

Desde 1985, la OMS y múltiples estudios concluyen la importancia y necesidad de reducir el intervencionismo excesivo en los paritorios. El parto normal es un proceso saludable y sólo habría que intervenir en situaciones de riesgo. En los últimos sesenta años en España se concibe el parto como un peligro para la salud de la mujer y del bebé de modo que la medicalización del parto es la rutina más extendida en los hospitales sin considerar otras opciones aunque sean científicas y seguras. Afortunadamente en los últimos años parece aumentar la sensibilización con este tema en algunas comunidades autónomas de nuestro país como el País Vasco, donde se aprecian mejoras en el número de parto eutócicos (parto normal que se produce al terminar la gestación, se inicia de manera espontánea y se desarrolla y finaliza sin ningún tipo de complicación), en la postura de la mujer al parir (vertical en vez de la tradicional horizontal–tumbada) y en la posibilidad de movimiento de las parturientas, el consumo de líquidos en el trabajo de parto, la reducción de cesáreas, inducciones, episiotomías, etc.

Además de los investigadores e investigadoras, también determinadas asociaciones promueven los partos naturales y critican el excesivo intervencionismo médico, como por ejemplo la web www.elpartoesnuestro.es donde aparece regularmente información sobre el derecho de las mujeres a tener un parto digno. Cuando se elaboró el documento *Estrategia para la Atención al Parto Normal* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), intervinieron profesionales sanitarios y asociaciones de usuarias, entre ellas, *El Parto es Nuestro*. Este

documento impulsaba un menor intervencionismo por parte de los profesionales sanitarios para que atiendan los partos normales como lo que son.

En la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto se define el parto normal y a la mujer sana del siguiente modo:

El parto de comienzo espontáneo, que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento. El niño o niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre y su bebé se encuentran en buenas condiciones [...]. Entendemos por mujer sana aquella que: no padece una enfermedad o presenta una complicación del embarazo, tales como parto pretérmino, estados hipertensivos del embarazo, crecimiento intrauterino restringido, embarazo múltiple, inducción del parto, etc., que hagan recomendable recurrir a cuidados o intervenciones específicas. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010, p. 37).

Esta definición nos acerca a un parto en el que se permite a la mujer enfrentarse al mismo como un proceso natural, la empodera como protagonista del proceso y confía en el cuerpo de esta para la producción de su propia oxitocina. Se reducen así intervenciones innecesarias que pueden complicar el parto y derivar en más actuaciones médicas y se aclara que estar embarazada o estar de parto no es sinónimo de estar enferma.

Hay poca conciencia de las repercusiones que nuestros intentos de controlar y dirigir el proceso de parto provocan interfiriéndolo e inhibiéndolo en muchos casos. Una vez inhibido se buscan soluciones con prácticas que requieren oxitocina, anestesia, fórceps, cesáreas, etc. sustituyendo un proceso natural por un conjunto de técnicas médicas en el intento de solucionar las dificultades que otras medidas médicas previas han generado. Con esto se somete el parto a un ritmo alejado del propio de cada mujer y neonato. A menudo las mujeres constatan la sensación de que los horarios de hospitales, turnos y agendas de profesionales marcan el ritmo de los partos en vez de el propio ritmo de la parturienta y su futuro bebé.

El parto puede y debe ser un proceso natural en la mayoría de los casos y no un procedimiento médico como ahora es habitual. Además se hace explícito que se puede esperar el nacimiento del bebé hasta la semana 42 pues otra de las excesivas intervenciones que se hacen a menudo lleva a los profesionales a programar e inducir partos antes de este momento.

Parece que comenzamos a meterle prisa a los bebés desde antes de nacer cuando la mayoría de ellos y sus madres saben elegir el mejor momento adecuado para el parto. A pesar de saber que es mucho más saludable que la mujer se ponga de parto de manera natural por sí misma respetando su ritmo y el de su bebé a que lo haga inducida por sustancias artificiales y con ritmos acelerados.

Entre esas sustancias la anestesia epidural aparece como sustituta de las endorfinas naturales y la oxitocina sintética ocupa el lugar de la oxitocina natural. Se ha estudiado el posible efecto que el uso de la oxitocina pueda tener en el autismo al usarse para inducir o acelerar el parto. En Japón donde se encontró una alta prevalencia de autismo en un hospital que contaba con un protocolo que no permitía las gestaciones más allá de la semana 39 y provocaba los partos con una mezcla de estimulantes y anestésicos. Las investigaciones continúan y se baraja también que la oxitocina sea un factor precipitante de una causa genética o de otra índole (Fernández del Castillo, 2014b).

Muchos de los profesionales conocen estudios como el de Olza, Marín, López y Malalana (2011) en el que se recuerda que la manipulación del sistema oxitocinérgico en el periodo perinatal pueda derivar en alteraciones de respuestas sociales y sexuales en animales. Estos autores revisan los efectos de la oxitocina endógena (natural) y exógena (artificial) en dicho periodo planteando la hipótesis de que la alteración oxitocinérgica influya también en las personas y sea un factor involucrado en la etiopatogenia del autismo por la administración de oxitocina sintética o la cesárea programada. Recomiendan la investigación del uso de oxitocina exógena combinada con anestésicos (como la epidural) como causa a valorar en el autismo una vez constatada la relación entre oxitocina e interacción social en los humanos y tras tratamientos satisfactorios de adultos autistas con oxitocina sintética intranasal.

Son muchos los momentos del parto a cuidar pero en los últimos años se destaca la importancia de la no medicalización y de las dos primeras horas de vida del bebé. La primera hora después del parto, existe un periodo sensitivo en el ser humano de vital importancia para el apego madre-bebé. En este periodo crítico, el cuerpo produce hormonas que facilitan el encuentro entre madre y bebé para garantizar un primer contacto único e irrepitable entre la madre y el recién nacido, de tal magnitud que deja una impronta en ambos. Esta impronta es un momento frágil y supone la base sobre la que se desenvolverá la construcción del vínculo, en los futuros reencuentros (Santos, (2013a).

En esta alerta el bebé está genéticamente preparado para la interacción única e irrepitable con su madre como base del vínculo entre ambos. El recién nacido en contacto con la piel de su madre estimula la producción de prolactina y oxitocina en ella. El bebé también libera sus propias endorfinas durante el parto y el nacimiento y a la hora siguiente del parto tanto madre como bebé están impregnados de opiáceos naturales que favorecen un momento y vínculo especial entre ambos gracias a un complejo equilibrio hormonal favorecido por la naturaleza durante millones de años y sólo interferido en las últimas décadas. Además, madre

y bebé han sufrido picos de adrenalina durante las contracciones previas al expulsivo para que ambos tengan niveles de alerta adecuados llegado el momento del nacimiento. Esto permite que el bebé mire con los ojos bien abiertos y las pupilas dilatadas a su madre favoreciendo el establecimiento del primer contacto visual y vínculo entre ellos.

Por todo esto las prácticas rutinarias y mecanicistas en los paritorios suponen un alto riesgo en la interferencia de este importante periodo de adaptación de apego inicial del bebé con su madre o su padre en el caso de que la madre por razones clínicas no pueda hacer el contacto piel con piel. Algunos profesionales sanitarios no son conscientes de las repercusiones y consecuencias que tiene para toda la vida interrumpir ese proceso entre madre y bebé y la posible alteración de la calidad y la intensidad del apego posterior.

Otros, conscientes de esta importancia se preocupan del estudio e investigación de diferentes períodos. Odent (2007) habla de un "período primal" que incluye la vida fetal, el tiempo durante el que transcurre el nacimiento y el año siguiente al nacimiento. Las investigaciones que han ahondado en el ambiente de la gente que presentaba algún tipo de dificultad para amar, tanto a sí mismos como a los otros, detectaron siempre factores de riesgo durante el período perinatal (tiempo que transcurre desde el comienzo del trabajo de parto hasta el nacimiento).

Este autor se ha preocupado del estudio de la criminalidad violenta juvenil como asunto de actualidad y la considera como una capacidad alterada de amar a otros y cita otros tantos estudios donde se constata relación entre suicidios, consumo de drogas y autismo y un nacimiento traumático con asfixia, necesidad de reanimación, uso de fórceps, uso de morfina, sedantes o analgésicos, inducción al parto, uso de fórceps o nacimiento con anestesia (Odent, 2009).

En determinadas circunstancias de este periodo primal pueden generar consecuencias tanto en la vida fetal como en la neonatal e incluso en la infancia, adolescencia o adultez posterior. Este tipo de consecuencias se observan desde distintos desarrollos clínicos, psicológicos, emocionales, cognitivos y en los últimos años también se atiende al ámbito inmunológico a través de la relación del parto, el nacimiento y su microbioma específico (ecosistema de microorganismos que habitan determinados lugares del cuerpo).

Hace unos años se pensaba que había que proteger al bebé de todo contacto con bacterias pero en la actualidad los estudios sobre el microbioma humano explican que no es así. Charfén (2015) recuerda que un 90% de nuestras células son bacterianas y que nuestro sistema digestivo tiene una comunidad de bacterias como ayuda a determinadas funciones

metabólicas e inmunológicas. Hasta hace poco se creía que el útero era un ambiente estéril sin bacterias y que los bebés se iban colonizando al nacer pero gracias a la investigación de Funkhouser y Boreasteis (2013, citado en Charfén, 2015) se sabe que el feto no viene de un ambiente estéril pues en el útero hay bacterias y la placenta contiene un microbioma único. A su vez se ha encontrado una asociación entre la cantidad de bacterias que hay en el útero y la probabilidad de un parto prematuro.

El parto vaginal permite que el bebé se ponga en contacto por primera vez con bacterias “amigas” procedentes del cuerpo de su madre a través de la microflora vaginal relacionada con las bacterias que hay en el intestino materno y gracias a la que el bebé desarrolla una inmunidad normal. Esto vendría a sumar una ventaja considerable de los bebés que nacen por parto vaginal respecto de los que lo hacen por cesárea. Según Charfén (2015) los bebés nacidos por cesárea no entran en contacto con la microflora vaginal de sus madres y tienen una colonización y desarrollo inmunológico anormal con un microbioma más parecido al de la piel de la madre que al microbioma de su sistema intestinal como ocurre en los bebés nacidos por parto vaginal.

Esto redundaría para los primeros en mayor riesgo de rinitis alérgica y asma, enfermedad celíaca, diabetes mellitus tipo uno, gastroenteritis, gastroenteritis y asma y obesidad según Neu y Rushing (2011, citado en Charfén, 2015). La lactancia ayuda a recuperar el microbioma normal de los bebés nacidos por cesárea según Azad (2013, citado en Charfén, 2015) mientras que la leche artificial (fórmula) no contiene el microbioma de la leche humana, con repercusiones para la salud. La separación de la madre y su hijo/a por tres horas consecutivas entre el día 2 a 14, causa cambios también en las bacterias de los intestinos de los hijos/as.

Odent (2003) también afirma que un neonato nace libre de gérmenes y una hora después millones de ellos cubren sus membranas mucosas por lo que nacer significa entrar en un mundo de microbios en el que es conveniente entrar en contacto en primer lugar con los microbios más familiares, los de la madre. Otra manera de favorecer este contacto además del parto vaginal es a través de la flora intestinal ingerida por el bebé con el primer calostro de la lactancia materna y la posterior lactancia materna.

Con esta impregnación de microbioma y cuando el vínculo entre madre y bebé se fortalece, el recién nacido reconoce a su madre, se siente resguardado, protegido y acompañado recuperando en parte la sensación de bienestar y conexión que tenía con ella en la etapa intrauterina. Santos (2013) recuerda que para respetar las necesidades fisiológicas

tanto de la madre como del bebé “es necesario comprender y ser conscientes de la importancia de este periodo crítico. Para ello, debemos propiciar ambientes de intimidad y respeto, para promover que la naturaleza siga su curso en este período de adaptación” (p. 8).

A lo largo de este apartado hemos intentado reflejar los enormes beneficios que presenta un parto fisiológico respetado frente a un parto intervenido destacando la menor necesidad de fármacos artificiales, la disminución de patologías, complicaciones e incapacidades asociadas. A estos beneficios físicos se unen los emocionales y la mayor probabilidad en la instalación de la lactancia materna y unos vínculos adecuados. De igual modo cabe mencionar junto a la disminución de estos riesgos físico-emocionales en un nivel de importancia menor la disminución de los costes hospitalarios.

En las últimas décadas se ha generado una cultura de partos en la que se ha hecho creer a la mujer que la mejor atención era aquella que se hacía notar con la presencia de múltiples profesionales en el paritorio y el uso de múltiples tecnologías, mecanismos, accesorios y fármacos. Al mismo tiempo se ha formado a una generación de profesionales a los que se les ha convencido de la inocuidad de perturbar el proceso fisiológico invadiendo un proceso natural y la intimidad de las madres así como manipulando físicamente el cuerpo de la mujer en su abdomen, cuello de útero, bolsa, etc. o químicamente a través de la administración de oxitocina, anestésicos y otras sustancias.

Muchos colectivos vienen advirtiendo en los últimos años que la atención al parto deshumaniza el nacimiento y prioriza la asistencia médica ante las necesidades reales de madres y bebés. Partos en entornos hospitalarios lo corroboran pues todos parecen de riesgo o se convierten en partos de riesgo dedicándose la obstetricia convencional a resolver problemas que ella misma produce en su intento de facilitar los nacimientos. Esto es denunciado por la OMS al reconocer que no más de un 10% de las prácticas de rutina de los paritorios están científicamente justificadas.

Existe una tendencia a recuperar los procesos naturales y respetuosos en los hospitales, sin embargo, el personal sanitario encuentra obstáculos en este camino por el alto número de partos a atender, la ausencia de criterios compartidos en los equipos profesionales, la necesidad de formación actualizada o la falta de confianza para el cambio de prácticas que se consideran cotidianas, estas razones disminuyen las ocasiones en que se cumplen y favorecen las condiciones adecuadas para lograr un parto natural.

2.1.1. El clampaje del cordón umbilical.

El clampaje del cordón umbilical natural es una práctica solicitada en la crianza natural, muy conocida y respetada por los/las profesionales. En el momento del nacimiento, el bebé está todavía unido a la madre a través del cordón umbilical, que es parte de la placenta. El clampaje retardado del cordón umbilical genera controversia y parece difícil la implementación de algo aparentemente sencillo como es un “retardo” en esta actuación.

En el extremo opuesto al pinzamiento temprano encontramos el nacimiento Lotus, una práctica en la que el cordón umbilical no se corta de la placenta. Muchas culturas de todo el mundo consideran la placenta con alta estima espiritual, y la práctica se basa en la creencia de que dejar al bebé mantenerse unido a la placenta es menos violento y permite una transición más fácil en la vida para el recién nacido. La placenta es limpiada y cubierta con una mezcla de sales y hierbas y envuelta en un paño hasta que se desintegra de forma natural en aproximadamente 3 a 7 días. No hemos encontrado ningún estudio científico que evalúe los beneficios de esta práctica.

En torno al cordón umbilical, la práctica más extendida en los últimos años suponía el corte inmediato del mismo. En la actualidad se asocian otras prácticas al tratamiento del cordón: la donación, la conservación o el clampaje retardado. Nos centraremos en la última por su fácil implementación y porque en los últimos años multitud de estudios informan de la importancia de retrasar el clampaje unos minutos a parte de ser lo recomendado como hemos visto y constataremos a continuación. Como decíamos, esta es una de las prácticas que se suele demandar en los planes de parto a parte de estar avalada por la OMS y por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

Para empezar vamos a recordar las orientaciones de algunos documentos sobre esta práctica. *La Estrategia de Atención al Parto Normal* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), respecto al pinzamiento del cordón en el apartado de alumbramiento, indica no pinzar el cordón con latido y realizar el pinzamiento tardío del cordón umbilical, definiendo el pinzamiento temprano como el realizado antes de los tres minutos del parto o antes de que deje de latir, y establece una relación directa entre el pinzamiento tardío y la menor anemia del recién nacido a las 24–48h.

Por su parte la *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal* (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010) indica el pinzamiento tardío del cordón umbilical con el nivel A, el más alto de recomendación, y el pinzamiento del cordón a partir del segundo minuto o tras el cese del latido de cordón umbilical, con el nivel B de recomendación.

El *Plan de Parto y Nacimiento* (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011) indica que el cordón umbilical se corta cuando ya ha dejado de latir, salvo que exista alguna circunstancia justificada que haga necesario seccionarlo antes, y si se va a donar sangre del cordón, se seguirá el protocolo establecido para ello.

El británico Weeks (2007) concluyó que el pinzamiento precoz y el corte del cordón umbilical es una práctica generalizada que puede ser perjudicial para el bebé según indica su estudio y otros estudios recientes. Este autor cita la importancia de que la sangre del cordón umbilical siga fluyendo, enviando la sangre oxigenada de vuelta al feto, mientras que la respiración se establece, lo que garantiza una buena transferencia entre los sistemas respiratorios. Para el bebé, el efecto principal de esta gran autotransfusión es el aumento del hierro lo que supone una gran prevención de anemias.

Ryan (2014) tras su investigación afirma que el inmediato pinzamiento del cordón umbilical después del parto es de rutina en los Estados Unidos a pesar de la poca evidencia para apoyar esta práctica. Numerosos ensayos, tanto en recién nacidos a término y como en prematuros han demostrado la seguridad y beneficio del pinzamiento del cordón retardado. En prematuros el pinzamiento del cordón retrasado se ha demostrado que estabiliza la circulación de transición, lo que reduce las necesidades de medicamentos inotrópicos y la reducción de las transfusiones de sangre, la enterocolitis necrotizante y la hemorragia intraventricular. En recién nacidos a término, el pinzamiento del cordón demorado se ha asociado con una disminución de la anemia por deficiencia de hierro y el aumento de las reservas de hierro con potenciales efectos de valor que se extienden más allá del período neonatal, incluyendo mejoras en el desarrollo neurológico a largo plazo. La falta de aplicación de manera más amplia del pinzamiento del cordón retrasado en neonatos ignora los beneficios del aumento de la transfusión de sangre de la placenta al nacer y puede representar un daño innecesario para los recién nacidos vulnerables.

El estudio de Chaparro, Fornes, Neufeld, Tena Alavez, Equía-Liz, Cedillo y Dewey (2007) encontró que el pinzamiento temprano, por la disminución de los niveles de hierro para lactantes, contribuye a las concentraciones de plomo en la sangre superiores a los 6 meses de edad entre los lactantes de alto riesgo. Andersson, Hellström-Westas, Andersson y Domellöf (2011) realizaron un estudio en el que encontraron que el pinzamiento del cordón demorado se tradujo en una mejora de los niveles de ferritina y la reducción de la prevalencia de la deficiencia de hierro a los 4 meses de edad. También se redujo la prevalencia de anemia neonatal a los 2 días de edad sin aumentar la tasa de síntomas respiratorios o necesidad de

fototerapia. La no necesidad de fototerapia había sido constatada ya por Hutton and Hassan (2007). Posteriormente Ola Anderson publicó su tesis doctoral en 2013 corroborando el estudio anterior y sin hallar consecuencias de síntomas respiratorios, policitemia, o hiperbilirrubinemia.

McDonald, S.J. Middleton, P. Dowswell. T and Morris, P.S. (2013) informan del peso significativamente mayor en bebés con clampaje demorado y menor necesidad de fototerapia para la ictericia. Hallaron mayor concentración de hemoglobina en los lactantes a las 24–48 horas en los bebés con clampaje tardío. Los bebés con rápido clampaje tenían el doble de probabilidad de ser deficiente en hierro a los tres y seis meses, en comparación con los niños cuyas pinzamiento del cordón se demoró. Concluyendo también la conveniencia de retrasar el clamplaje del cordón.

En España a pesar de toda la evidencia científica y las recomendaciones de múltiples documentos ocurre mayoritariamente un clampaje rápido como en EEUU aunque el momento del clampaje del cordón puede variar de acuerdo con la política y la práctica clínica de cada centro. El pinzamiento temprano se realizaba para reducir el riesgo de sangrado después del parto (hemorragia posparto) pero en los estudios realizados constatamos que no se encuentran diferencias significativas en las tasas de hemorragia posparto respecto al temprano o tardío clampaje del cordón umbilical, entre 1 y 3 minutos. Se recomienda esperar 3 minutos pues esta sencilla medida representa una diferencia duradera e importante para la salud del bebé. Esta práctica no es perjudicial para la madre o el bebé. El pinzamiento del cordón demorado ha demostrado ser especialmente beneficioso para los bebés prematuros. Aunque en los documentos que orientan en España las recomendaciones en el parto se recogen indicaciones de plazos aproximados para el clampaje del cordón un porcentaje alto de madres y padres informan en entrevistas como la realizada en nuestra investigación de clampajes rápidos en los paritorios españoles.

Hay un elemento que, en la actualidad, juega en contra de la demora del pinzamiento del cordón y entra en conflicto con los intereses de los bancos de almacenamiento de sangre del cordón pues es necesaria una cantidad de sangre determinada para recoger las células madre del cordón a almacenar. En caso de almacenamiento se recomienda el clampaje inmediato del cordón para no reducir la cantidad de sangre recogida y correr el riesgo de inutilizar la muestra por disminución de la cantidad de sangre al haber sido transfundida previamente al recién nacido como recomiendan los estudios citados. Así que se pone de

manifiesto el posible conflicto de intereses que el momento de clampaje del cordón representa.

2.1.2. La ingesta de líquido amniótico y placenta.

Introducimos el tema en este apartado dedicado al parto natural porque como conducta natural y mamífera está claramente vinculada a este modelo, si bien es cierto que los partos en casa facilitan su implementación a diferencia de los paritorios en los que pueden ser interferidas por protocolos hospitalarios.

A pesar de que esta es una práctica muy minoritaria (no se menciona en ninguno de los documentos sobre parto citados en este estudio) y controvertida (ha habido reacciones sensacionalistas en los medios de comunicación), hay ya investigaciones que están alumbrando un campo que ha despertado el interés para modelos como el del parto natural.

Sánchez (2008) rastrea el origen de la amniofagia y la placentofagia en nuestra condición de mamíferos y constata que la placentofagia generalizada (ingesta de la placenta en el post-alumbramiento) se da en todos los mamíferos placentados, tanto carnívoros como herbívoros, excepto en los humanos. Hasta hace poco se pensaba que esta práctica era una forma de ocultar las pruebas del parto para evitar atraer a los depredadores, sin embargo son cada vez más las investigaciones que apuntan a una función extrauterina esencial de la placenta. Este autor afirma que la placenta humana no acaba su actividad al finalizar su función intrauterina. De modo parecido a como ocurre con la amniofagia en las hembras mamíferas que ingieren de modo instintivo el líquido amniótico durante el inicio o en el transcurso del parto. La composición del líquido amniótico evidencia que esta ingesta cumple con necesidades fisiológicas del parto. Este líquido contiene tres importantes sustancias para la fisiología del parto: prostaglandinas (favorecedoras de la dilatación del cuello uterino), oxitocina (facilitadora de las contracciones uterinas) y POEF (Placental Opioid Enhancing Factor) sustancia endorfinica favorecedora del bienestar materno y la reducción del dolor. La antropología indica que el ser humano, como mamífero, también se ha servido de dicho mecanismo gracias a una “sabiduría natural” inducida por la actividad de un gen (PEG3) que se hereda del padre y se activa en la madre durante el parto. Un gen que induce a la placentofagia y que está presente en el actual genoma humano.

Este hecho podría ser un componente instintivo más heredado. Así la naturaleza prepararía durante la gestación lo que posteriormente sería la “Medicina–Alimento” de la madre para facilitar su recuperación del parto con una nutrición especial que la repondría

también psicoemocionalmente y facilitaría la producción láctea. Destaca Sánchez (2008) que la composición bioquímica de la placenta es rica en vitaminas, hormonas, minerales, aminoácidos, lípidos, enzimas, y que coincide con la ingesta dietética recomendada por la naturaleza en el puerperio.

Por otro lado, los estudios realizados observan un aumento en la respuesta analgésica opioide tras la ingesta de placenta :

La existencia de POEF en placenta y líquido amniótico, parece ser importante en la supresión del dolor durante el parto y en el desencadenamiento del comportamiento maternal, produciendo cambios en la actividad opioide endógena del sistema nervioso central, lo cual indica un mecanismo natural dirigido posiblemente a la recuperación del esfuerzo producido por el trabajo de parto (Sánchez, 2008, p. 24).

Esta autor comenta la posible prevención de la depresión postparto gracias a la carga de hormonas estrogénicas y progesterona aportadas en la placentofagia. Además podría prevenir la hemorragia postparto, la anemia fisiológica y actuar como mecanismo regulador de la homeostasis en el post-alumbramiento, por su contenido en tromboplastina placentaria, vitamina k placentaria, y oxitocina así como la recarga férrica que la placentofagia supone para la madre y para el neonato vía lactancia, junto con los aportes de otros minerales.

La ingesta de la placenta ayuda a aumentar los niveles de vitamina K en la leche humana, muy deficitaria. Sánchez (2008) encuentra que la presencia de vitamina K en leche materna (sin placentofagia) es por término medio de 0,02 mg por 100 mg., mientras que el contenido en vitamina K de la placenta es de 101,5 mg por 100 gramos por lo que podría aportar un enriquecimiento potencial de la leche materna en vitamina K. El conocimiento actual sobre la composición bioquímica del líquido amniótico y la placenta humana nos lleva a pensar que su misión no acaba en el periodo intrauterino.

Este tipo de investigaciones también se están desarrollando en Estados Unidos, Inglaterra y el resto de Europa gracias a profesionales defensores del respeto a nuestros procesos y mecanismos naturales.

Estas aparentes mejoras fisiológicas, nutricionales, emocionales, inmunológicas, neuroendocrinas y clínicas parecen tener un freno cultural, pues la ingesta de la placenta solo se mantiene en grupos considerados primitivos que conservan este comportamiento genéticamente codificado o en una minoría de mujeres occidentales que tienen oportunidad de acceder a esta información. La cultura actual se apresura a enjuiciar estas prácticas con adjetivos despectivos, prácticas conocidas y valoradas solo por determinados grupos

informados que las defienden y promueven, muy al estilo de lo que sucede con otras prácticas que definen el modelo de crianza natural.

2.2. El plan de parto.

El plan de parto, tal y como se recoge en la sección de Salud sexual y reproductiva de la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, es un instrumento para que las mujeres puedan expresar por escrito sus preferencias, necesidades y expectativas en relación con la atención que desean recibir. Así se evita tener que hacerlo durante el parto, momento emocional y físico centrado en el proceso vivencial

Este instrumento se concibe como resultado del intercambio de información entre profesionales y usuarias en el seguimiento del embarazo y de las sesiones de preparación al parto. Por lo que no sustituye la información o preparación que debe ofrecerse a las mujeres. Ayuda a mejorar la comprensión del proceso, favorecer la participación activa de las mujeres, facilitar la relación y la tarea del equipo profesional y toma como base las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) en el Sistema Nacional de Salud y la correspondiente Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto, en sus versiones para profesionales y usuarias, documentos de referencia que recogen la evidencia científica y el mejor conocimiento disponible.

En el *Plan de Parto y Nacimiento* (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011), vinculado a una estrategia dedicada a analizar las políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género, se recogen orientaciones respecto al momento adecuado para prepararlo (semana 28–32 de gestación) y se informa de manera resumida sobre las prácticas adecuadas recogidas en la Estrategia de Atención al Parto Normal, en la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y en la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Se aconseja la lectura de una Guía dirigida a mujeres embarazadas del ministerio y propone la elaboración de un plan que recoja las preferencias, necesidades y expectativas en base a siete apartados:

1. La llegada al hospital: el acompañamiento, necesidades especiales por diferencia de capacidad o por motivos de cultura e idioma, el espacio físico, uso de ropa, intimidad.
2. Periodo de dilatación: asistencia, cuidados, alimentación, personal asistencial, enema, rasurado, líquidos, lugar y posición de parto, movilidad, tratamiento y

manejo del dolor, uso de material de apoyo para el parto, uso de bañera o ducha durante la dilatación, otras preferencias respecto a los cuidados.

3. Intervenciones: monitorización fetal, tactos vaginales, administración de medicamentos para acelerar el parto, canalización de vía venosa, sondaje vesical, rotura de la bolsa.
4. Período expulsivo: pujos, episiotomía, nacimiento, contacto inmediato piel con piel tras el nacimiento, aspiración de secreciones y sondajes tras el nacimiento, atención inicial del recién nacido, corte del cordón umbilical, inicio precoz de la lactancia.
5. Alumbramiento de la placenta.
6. Cuidado y atención al recién nacido: separación de la madre y realización de procedimientos, administración de medicamentos preventivos y vacunación, higiene del recién nacido.
7. Período del puerperio: traslado a planta y estancia en la maternidad tras el nacimiento, duración de la estancia y cohabitación madre–recién nacido, lactancia
8. Parto instrumental: fórceps, ventosa, espátula o cesárea.

En el documento también se adjunta un modelo de formulario como hoja de registro hospitalaria sobre el plan de parto y nacimiento útil para el personal sanitario. No creemos necesario desarrollar el contenido de los siete apartados anteriores al estar en consonancia con la información recogida y desarrollada anteriormente al hablar de la *Estrategia de Atención al Parto Normal* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007) y de la *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal* (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Retomando la importancia de los planes de parto cabe citar un estudio andaluz (Hidalgo, 2014) cuyo objetivo fue determinar si la utilización de los planes de parto puede influir en los resultados obtenidos tras el parto, tanto en la madre como en el recién nacido. Este demostró que las mujeres que presentaron planes de parto precisaron menor uso de oxitocina, monitorización, analgesia epidural y rotura artificial de membranas. A pesar de presentar una edad superior y una tasa de inducciones también mayor presentaron mejores resultados obstétricos, ellas y neonatales, sus bebés. Poniendo de manifiesto que el plan de parto podría ser una herramienta eficaz no sólo en la consecución de una mejor vivencia y experiencia del parto, sino en la obtención de mejores resultados del mismo. A mayor grado de cumplimiento del plan de parto se consiguieron mejores resultados obstétricos y neonatales.

Entre las mujeres usuarias de los planes de parto destaca el colectivo de mujeres que se acercan al modelo de crianza natural dado que es habitual que estén informadas de la posibilidad de elaborar este documento, el cual suelen presentar en los hospitales donde dan a luz con la intención de tener un parto más natural y respetado.

Las páginas relacionadas con la crianza natural difunden la posibilidad de preparación de dicho documento y la diferenciación de este con las hojas de consentimiento informado que facilitan los centros hospitalarios. Por otro lado el grupo minoritario de mujeres que opta por parir en casa con profesionales de su confianza no necesita preparar tal documento pues el tipo de atención prestada en los partos domiciliarios respeta totalmente las orientaciones recogidas en este documento. A su vez la relación establecida con los profesionales que atienden este tipo de partos permite compartir y ajustar a lo largo de las visitas continuadas y el contacto frecuente cualquier duda, necesidad, preferencia o expectativa relacionada con el momento del parto.

2.3. El parto en casa.

Las ventajas del parto natural tienen mucho que ver con el escenario en el que la mujer embarazada visualiza que va a tener lugar el alumbramiento de su bebé. Estos escenarios no han cambiado durante siglos hasta llegar la medicalización del acto de nacer a la que hemos aludido anteriormente, que ha trasladado el acto del parto del contexto del hogar al contexto clínico. En estos momentos la tendencia invertir este proceso hacia lugares donde ese tipo de partos es más accesible: la casa familiar o las casas de parto.

Es fácil imaginar que hace miles de años la manera habitual y única de nacer era en casa, con la ayuda, ya constatada en el año 6000 antes de nuestra era de mujeres que ayudan en los partos de otras dando lugar a uno de los oficios más antiguos, el de comadrona. Las comadronas ayudaron en los partos hasta que en el siglo XVIII algunos médicos comenzaron a interesarse por la obstetricia y a desarrollar instrumental como el fórceps, momento en el que se impuso la postura horizontal en el parto. En el siglo XIX los conocimientos y avances redujeron la mortalidad de bebés y madres. En el siglo XX en los países industrializados se produce el traslado de las mujeres a las instituciones clínicas y aparecen dos corrientes de atención al parto: una más intervencionista y médica y otra más natural y respetuosa.

La decisión de optar por no preferir el propio domicilio precisa de altas dosis de información, seguridad y confianza en las/los profesionales que acompañan el parto de mujeres en sus domicilios, matronas mayoritariamente. Hidalgo, Menárguez, Ortín y Sánchez

(2007) aluden a la importancia del acceso a la información y a una serie de circunstancias personales respecto a las decisiones que se toman en cuestión de salud: valores, creencias, experiencias personales o de conocidos/as, percepción de riesgo y seguridad, el apoyo familiar y recursos económicos, las consideraremos en este apartado.

La seguridad de la madre y el bebé es la primera cuestión que emerge cuando se habla de alejarse del ámbito hospitalario para dar a luz. Olsen y Clausen (2013) afirman que diferentes estudios en diversos lugares indican que el parto planificado en el domicilio puede ser tan seguro como el parto planificado para embarazos de bajo riesgo en el hospital produciéndose en casa menos intervenciones y menos complicaciones. De modo que la impaciencia o el acceso fácil a procedimientos médicos en el hospital puede estar en la base de los altos e innecesarios niveles de intervención y en el origen de las complicaciones hospitalarias.

En la misma línea, Ruiz, Romero y Fontanillo (2012), en un estudio retrospectivo con información del INE, concluyen que no hay diferencias significativas en la mortalidad del feto o el recién nacido entre partos en casa y en centros sanitarios. Ank de Jonge, Mesman, Manniën, Zwart, van Dillen, van Roosmalen (2013) concluyen que las mujeres de bajo riesgo con parto en casa en Holanda tienen menores tasas de morbilidad aguda grave materna, hemorragia posparto, y extracción manual de la placenta que en el hospital. Múltiples estudios nos ayudan a concluir que un parto planificado en el domicilio con ayuda de matronas experimentadas y contando con colaboración médica, si fuera precisa la derivación, es una opción segura para madres y bebés. Dicho de otro modo el parto en el hospital no es más seguro que el parto planificado en casa con ayuda profesional en los casos de bajo riesgo.

Hablar de seguridad conlleva hablar de percepción de seguridad de la madre por lo que es conveniente que cada mujer decida libremente el lugar donde quiere parir optando por el lugar donde se sienta más segura, cómoda y arropada de modo que se facilite el proceso natural como venimos comentando. Tanto el parto en casa como el parto hospitalario pueden presentar ventajas e inconvenientes y será responsabilidad de cada familia decidir el contexto que más se ajuste a sus necesidades, motivaciones, características y circunstancias. Adjuntamos a continuación en la tabla 4 que recoge parte de esas ventajas e inconvenientes en ambos contextos.

Tabla 4: Ventajas e inconvenientes del parto hospitalario frente al domiciliario. (Martínez, 2015)

	VENTAJAS	INCONVENIENTES
DOMICILIO	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente familiar e íntimo que favorece la seguridad en cuanto al riesgo de infecciones y la confianza en el proceso. - Favorece que la mujer se exprese libremente. - Libertad de movimientos, de ingesta... - Posibilidad de compartir la vivencia con quien la mujer desee (otros hijos,...). - Elección del equipo y trabajo de preparación previos al parto. - Toma de decisiones conjunta de la mujer/pareja y el equipo. - Responsabilidad compartida. - Igual de seguro que el parto hospitalario en primíparas. - Más seguro que el parto hospitalario en secundíparas. - Menos intervenciones obstétricas - Mayor satisfacción de la mujer. 	<ul style="list-style-type: none"> - No recomendable en mujeres con factores de riesgo. - Necesidad de desplazamiento a un centro hospitalario si aparecen complicaciones. - No existe coordinación entre el equipo del parto hospitalario y el domiciliario (España). - Poca aceptación familiar, social y profesional. - Pocos profesionales que atiendan partos domiciliarios. - Acceso privado (España). - No recomendable en domicilios en condiciones inadecuadas (higiene, temperatura y acceso).
HOSPITAL	<ul style="list-style-type: none"> - Recomendable en mujeres de alto riesgo. - Opción válida si prefieren el hospital. - Acceso a la tecnología obstétrica en caso de complicaciones maternas o fetales. - Acceso a profesionales de otras disciplinas. - Acceso a tratamientos farmacológicos. - Posibilidad de alivio farmacológico del dolor 	<ul style="list-style-type: none"> - El exceso de tecnología y de rutinas obstétricas en mujeres de bajo riesgo aumenta el riesgo de iatrogenia. - Protocolos hospitalarios rígidos que no permiten la atención individualizada. - Riesgo de infección nosocomial. - Acompañamiento limitado a una persona. - Menos libertad de decisión. - Menos intimidad. - Movilidad limitada. - Dificultad para la expresión libre de las emociones.

Como vemos, a la hora de optar por un parto en casa son múltiples las razones que se deben contemplar. La confianza, la superación de miedos y la previsión de riesgos serán importantes en esta decisión pero posiblemente la causa más determinante sea el apoyo de la pareja y de las/los profesionales elegidos. Es conveniente que entre ambos miembros de la pareja haya similar conexión, ilusión y motivación aunque la decisión sea de la mujer. En los requisitos necesarios para optar por el parto en casa a parte de tratarse de un parto de bajo riesgo se considera también la cercanía a un hospital por si fuera necesario el traslado de la madre o el bebé.

A partir de ahí sólo quedaría considerar el factor económico pues una atención de este tipo en nuestro país supondrá un desembolso económico cercano a los 2.000€ o 3.000€, según

el lugar. En este precio se suele incluir no sólo la atención al parto sino también las visitas de seguimiento anteriores, las visitas posteriores y en muchos casos la provisión de bañera específica de partos y el resto de material necesario.

A menudo también se cuestiona si esta decisión es legal. Respecto a esto cabe comentar que en España está recogido en normativa qué profesionales prestan atención al parto nombrando a las matronas/es y ginecólogos/as pero no el lugar donde la mujer debe parir.

Otra de las razones que lleva a las mujeres y sus parejas a planificar el parto en casa es el intento de preservar su cuerpo y el de su bebé de la invasión de la oxitocina sintética. La proliferación del uso de la oxitocina sintética o artificial está en el punto de mira como posible causante del aumento de la incidencia de autismo en nuestra sociedad. Santos (2011b) explica que puede deberse a que las células del cerebro del bebé disminuyan los receptores a la oxitocina quedando en un estado de falta de oxitocina cuando más la necesita el bebé y por interferencia de la oxitocina artificial que produciría el fallo de la oxitocina natural que favorece la comunicación y la sociabilidad.

Por otro lado, desde 2003 se sabe que en cesáreas programadas, al no pasar la mujer por el proceso del parto no hay subida de oxitocina natural en el nacimiento, desde 2005 que la oxitocina pasa de la sangre al cerebro de los bebés porque no tienen como los adultos barrera hemato–encefálica, desde 2007 que el uso excesivo de oxitocina en mujeres primerizas son factores de riesgo de autismo (Santos, 2011b).

Las familias que optan por el parto en casa intentan preservar también a madres y bebés de los efectos de los opiáceos de la anestesia epidural u otras anestесias que, tal y como recoge Fernández del Castillo (2014b), pueden hacer llegar a los bebés adormilados al mundo en un momento clave a nivel cerebral y que la atención medicalizada al embarazo y al parto altera el estado natural físico, hormonal y emocional para el desarrollo y nacimiento del bebé.

La situación actual en España en la que la inmensa mayoría de las mujeres acuden al hospital como pacientes y sólo una minoría lo hacen en casa o en casas de partos, confiando en su potencia autorreguladora y eligiendo personas profesionalmente cualificadas para el acompañamiento con la intención de intervenir lo menos posible en un proceso guiado por la propia naturaleza y para no interferir la creación del vínculo original, ni privarse de vivir en la intimidad toda la emoción del encuentro cara a cara, piel a piel, entre madre y criatura, que tendrá gran intensidad durante el llamado periodo primal (Aler, 2006).

En España el número de partos en casa según el Instituto Nacional de Estadística se mantiene en cifras bajas de alrededor del 0,30% (INE, 2002–2013, citado en Martínez, 2015).

Una de las razones que lleva a las familias a planificar un parto domiciliario es la desconfianza ante el excesivo intervencionismo médico. Las estadísticas del INE (2013) que recogen información respecto a los nacimientos y el tipo de partos muestran como se mantienen altos índices de cesárea en el ámbito hospitalario pues de los 425.715 nacimientos de 2013, 116.071 fueron por cesárea lo que supone un 27% de los mismos y un porcentaje muy lejano del aconsejado por la OMS en torno al 10–15%.

La cifra de incidencia de partos en casa más alta en Europa con un 28% (más un 9% en habitaciones alquiladas con matronas) atribuida a Holanda parece haberse reducido al 16% según el *European Perinatal Health Report* (2010). Este informe sitúa a España en segundo lugar europeo en partos instrumentales. En otros países como Estados Unidos se advierte un aumento de los partos domiciliarios en la última década según Zielinski, Ackerson y Kane (2015). En Reino Unido como mencionamos anteriormente se insta a las mujeres con embarazos de bajo riesgo a parir en casa y se incluye dentro del sistema sanitario público con un 3% de incidencia y en Dinamarca también se ofrece libertad de elección, el parto en casa es cubierto por la sanidad pública con una incidencia del 1%, excepto en la isla de Houd donde llega al 90%. En nuestro país en las Islas Baleares se ofrece también libertad de elección aunque no esté cubierto por la sanidad pública, según los datos recogidos en la *Guía de asistencia del parto en casa* (2010).

La *Guía de Asistencia del Parto en Casa* (Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, 2010) recoge múltiples recomendaciones, algunas de ellas no son implementadas por todas las matronas como por ejemplo los tactos o exploraciones vaginales. Citamos a continuación algunos de los criterios a cumplir para acceder a un parto domiciliario según esta guía:

- Establecer el plan de nacimiento antes de las 28 semanas de gestación y la realización de cuatro visitas clínicas previas (una de ellas al menos en el domicilio de la gestante)
- Revisión de documentación de seguimiento del embarazo (informes, analíticas, ecografías...),
- Embarazo de un único bebé en posición cefálica,
- Atención al parto entre la semana de embarazo 37 y 42, normalidad y bajo riesgo en todo el proceso,
- Decisión informada y libre de la mujer y cumplimentación de la historia clínica.

Las matronas o matrones que acompañan los partos domiciliarios son muy conscientes de todas las circunstancias que favorecen un parto natural y que se comentaron en el apartado

anterior. Confían en la mujer como principal protagonista del parto, promueven condiciones ideales para que la mujer se encuentre cómoda e intervienen lo mínimo posible su proceso natural estando atentos a señales de alarma que podrían ser motivo de traslado hospitalario. En el momento del nacimiento cuidan especialmente el momento de la impronta y vínculo inicial entre bebé y madre y respetan totalmente las indicaciones de la OMS y todas las orientaciones para la atención a un parto respetuoso, mamífero y humanizado cuidando física y emocionalmente a la mujer y al recién nacido. La mujer es partícipe de todas las decisiones desde las primeras entrevistas lo que forja una relación de confianza y conexión emocional que favorece el contexto del parto.

3. Las doulas

En la búsqueda de una atención más cercana y de una profesional con mayor disponibilidad para atender algunas demandas y necesidades del embarazo, del parto o del puerperio surgió hace años la figura de la doula en América, posteriormente en otros países y recientemente en nuestro país.

Citamos a las doulas en este apartado por su afinidad con el modelo de crianza natural, al tratarse de un colectivo sensibilizado con la importancia de los partos naturales, así como por la novedad que supone la aparición de estas mujeres, su acompañamiento, sus funciones y su formación fuera del ámbito académico universitario tradicional y formal.

La figura de las doulas es fruto de la necesidad de un cuidado más cercano demandado por algunas mujeres embarazadas y sus familias, así como de la necesidad de una atención más constante y emocional del embarazo, el parto y el puerperio (periodo que transcurre entre 5–8 semanas tras el parto).

Tradicionalmente las profesiones sanitarias más vinculadas al mundo del embarazo y el parto han sido las de matronas, matrones, ginecólogas, ginecólogos junto con el resto del personal del ámbito clínico. La estructura y la organización en los ambientes sanitarios pueden no ser favorecedoras del establecimiento de una relación de cercanía y confianza continuada con un mismo profesional a lo largo del embarazo o no permitir saber con antelación quién será el profesional que estará presente en un momento tan íntimo e importante como el del parto.

Tal y como se explica en la página web de la Red Mundial de Doulas, el origen de las mismas se remonta a la década de los años 70 cuando dos médicos decidieron observar las diferencias en el parto de mujeres que eran atendidas médicamente respecto a otro grupo que

era acompañado por otras mujeres con efectos positivos al precisar estas parturientas menor intervención médica. Definieron a las mujeres acompañantes de partos con el vocablo griego δούλα (esclava).

Estudios científicos han demostrado que el apoyo emocional que aporta la doula se traduce en mejoras en el desarrollo del parto y el postparto. Los partos acompañados por doulas presentan una reducción de las tasas de cesáreas en un 50%, reducción de la duración del trabajo de parto en un 25%, reducción de las peticiones de epidural en un 60%, reducción de un 30% en el uso de analgesia, reducción de un 40% en el empleo de fórceps. Respecto al post-parto, las mujeres que contaron con el apoyo de una doula seis semanas después del parto mostraron menos ansiedad y depresión post-parto, mostraron mayor confianza con su bebé, mayor satisfacción (un 71% de casos frente al 30% de los casos estudiados que no contaron con la presencia de una doula) y mayor probabilidad de una lactancia exitosa (52% frente a 29%) (Nugent, 1998).

A pesar de todas estas evidencias favorables, la figura de la doula en nuestro país ha sido producto de una reciente polémica. En febrero de 2015 el Consejo general de Enfermería publicó el Informe sobre Competencias de Matronas y tareas que realizan las Doulas ante su preocupación por el riesgo que suponían para la salud de embarazadas y bebés al considerar a las doulas personas sin cualificación y formación sanitarias (Consejo General de Enfermería, 2015). El informe suscitó una gran polémica y fue presentado por dicho Consejo a la Fiscalía General del Estado. Las asociaciones de doulas pidieron formalmente a dicho Consejo General que retirara el informe. También presentaron una queja formal ante el Defensor del Pueblo.

La falta de registro, de regulación de la profesión y de la formación de las doulas en España está en el epicentro de la polémica de este colectivo que se calcula está formado por 200–300 mujeres que participan de nueve asociaciones. Según Portalatín (2015), tres de esas asociaciones, no reconocidas a nivel institucional, son estatales y el resto regionales y dichas asociaciones recogen códigos éticos que recogen actitudes y límites de esta profesión de obligada firma y cumplimiento para el desarrollo de sus funciones. Su presencia en los paritorios o entidades clínicas depende de los equipos médico-asistenciales y de los hospitales (públicos y privados). Ello puede generar diferentes reacciones respecto a su estancia en dichos entornos, dicha presencia es aceptada con normalidad en otros países como el Reino Unido donde estas profesionales son valoradas en los servicios de maternidad.

La polémica generada, como vemos, no es extensible a otros países en los que se reconoce la influencia positiva de estas mujeres en el cuidado y asesoramiento durante el embarazo, el parto o el puerperio. En un reciente estudio canadiense publicado por Fortier y Godwin (2015) se concluye que la presencia de una doula reduce las probabilidades de cesárea y parto instrumental vaginal en comparación con las mujeres que reciben atención de maternidad estándar. Concluyen que las doulas tienen un efecto positivo sobre la tasa de ciertas intervenciones en embarazos a término de mujeres de riesgo promedio.

Hemos hecho también referencia a las doulas en este estudio por encontrar relación entre las actuaciones de estas mujeres y la reducción de intervenciones médicas exigidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Razón que lleva al colectivo de mujeres que buscan una crianza natural a ponerse en contacto con estas. Por otro lado, mencionada la importancia del cuidado físico y emocional durante el embarazo y el parto, nos parece que el trabajo de estas mujeres tal y como se ha comentado incide en dicho bienestar favoreciendo climas de embarazo, parto y puerperio más saludables.

4. La prevención de la violencia obstétrica

El motivo de este apartado deriva del hecho de que en los últimos años algunas conductas de rutina de la praxis médica–obstétrica en relación a la atención a la mujer o al bebé se tipifican como actos de violencia obstétrica.

Longo, Moschella, Pawlowicz y Zaldúa (2013, citado en Martínez, 2015) definen la violencia obstétrica de este modo:

Los delitos y violaciones por parte del personal de salud en contra de los derechos de una mujer embarazada que esté de parto. Algunas de dichas violaciones incluyen la atención mecanizada, tecnicista, impersonal y masificada del parto expresada en un trato deshumanizado, en el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales (p. 70).

Países como Venezuela, Argentina o México las llegan a considerar delito. Según Camacaro (2015) Venezuela las califica como violencia de género en base a la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, entre dichas prácticas se mencionan: aplicación de oxitócicos sin autorización, episiotomías como rutina, estimulación de los pezones y exploración del útero postparto.

En Argentina la ley de Protección Integral para prevenir y sancionar la violencia contra las mujeres (Ley Nacional 26.485) estableció la violencia obstétrica como un tipo de violencia institucional y la definió como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los

procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”.

Fernández (2015) se refiere a esta violencia como la atención obstétrica en el parto que impide a una mujer comportarse como “humana” y que se puede encontrar en algunas acciones como las siguientes: privar de información y poder de decisión a la mujer, no ofrecerle alternativas para elegir respecto a posición de parto, separar a la madre del recién nacido por rutina, privarla de apoyo emocional o acompañamiento de la persona elegida, inducir el parto por conveniencia o con engaño de la causa de la programación o intervención (uno de los argumentos habituales es la pelvis estrecha para proceder a continuación a realizar una cesárea), falta de intimidad en el ambiente del parto o episiotomía de rutina. Estas prácticas como vimos en el apartado dedicado al parto no son recomendadas ni por la OMS ni por los documentos publicados estatalmente para este fin en nuestro país.

Leboyer (2010, citado en Martínez, 2015) acuñó el término “violencia en el nacimiento” cuando no se consideraba a los padres, se separaba al bebé de la madre o se le imponían unos cuidados después del nacimiento. Posteriormente se usó el término “violencia institucional” actualmente considerado una forma de violencia obstétrica por la omisión de la autoridad para adoptar medidas que permitan a las mujeres acceder al derecho a la salud reproductiva, como puede ser la falta de profesionales cualificados/as o de equipo médico.

Respecto a los factores que influyen en dicha violencia, se considera que son la formación tecnocrática de algunos profesionales de la salud, la crisis del sistema de salud y la práctica defensiva de la medicina, algo que se puede contrarrestar si se emprenden acciones como situar esta violencia en el centro del debate, instruir al personal sobre derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, profundizar en las investigaciones sobre maltrato y falta de respeto con ayuda gubernamental, seguir las directrices del modelo holista de atención, el modelo personalizado o el parto fisiológico y humanizado y permitir a las matronas la asistencia del parto normal. La sociedad española también está desarrollando acciones a través de movimientos, iniciativas y asociaciones contra la violencia ginecológica y obstétrica (Martínez, 2015).

Por su parte, Olza (2013) cita las siguientes razones en los profesionales que ejercen esta violencia: la falta de formación y de habilidades técnicas para afrontar los aspectos emocionales y sexuales del parto; el propio trauma no resuelto o el síndrome de *burnout*.

El trauma de las mujeres es resultado tanto de acciones como de omisiones de las matronas, médicos y enfermeras, y en ambos casos genera en la mujer la sensación de falta de

control sobre su experiencia de parto al no ser tenida en cuenta en la toma de decisiones o al sentir que aceptan decisiones de otros para acortar la mala experiencia que les están provocando. Olza (2014) recoge testimonios en los que las mujeres refieren conductas deshumanizadas, irrespetuosas y descuidadas, carentes en cualquier caso de la calidez y clima de acogida emocional necesario, hasta el extremo de haber pensado en la muerte en ese momento como única salida al dolor y trauma sufridos. Algunas refieren secuelas del maltrato años después posiblemente por el impacto en un momento muy sensible al cerebro materno.

Este sufrimiento a veces es bidireccional entre las mujeres pues como recogen Beck y Gable (2012, citado en Olza, 2014) un alto porcentaje de enfermeras obstétricas sufría trauma secundario por presenciar lo que ellas definían como “partos abusivos” con expresiones como “me sentí como si estuviera presenciando una violación”, con la confesión de un estado de culpabilidad por no haber defendido a sus pacientes ni cuestionar esas prácticas.

Estas circunstancias afectan a multitud de países por lo que es tarea de carácter urgente promover la reflexión y sensibilización de los profesionales de la salud para lograr modificar aquellas prácticas violatorias de los derechos de las mujeres y los bebés. Se debe garantizar el derecho de las mujeres a contar con toda la información relacionada con sus tratamientos así como el derecho a recibir por parte del personal de salud el mejor trato posible, a considerarlas en las decisiones, garantizando la igualdad de acceso y trato, la calidad de la atención y el cuidado físico y emocional de madres y bebés.

La continuidad de la crianza natural: prácticas y cuidados

1. La continuidad del contacto físico
 - 1.1. El piel con piel
 - 1.2. El método canguro
 - 1.3. El porteo.
2. Lactancia materna y alimentación complementaria
 - 2.1. La lactancia materna
 - 2.2. Alimentación complementaria y alimentación autorregulada
 - 2.3. El consumo de probióticos y prebióticos
3. Sueño infantil y colecho
 - 3.1. El sueño infantil
 - 3.2. El colecho
 - 3.3. Colecho, lactancia y síndrome de muerte súbita del lactante
4. Educación y cuidados del bebé
 - 4.1. Atención al llanto
 - 4.2. Educación y escuela
 - 4.3. Pareja y crianza natural

Capítulo V. La continuidad de la crianza natural: prácticas y cuidados

Si en el capítulo anterior nos acercamos a las primeras prácticas de crianza natural relacionadas con el embarazo y el parto, en este capítulo abordaremos la continuidad de la crianza natural en los cuidados y las prácticas que desarrollan las familias con los bebés desde tras las primeras horas de nacimiento hasta entrar en las primeras decisiones de escolarización.

El modelo de crianza natural va más allá de la aplicación de unas determinadas prácticas pues se sustenta en un modo de entender la relación con los hijos e hijas, una filosofía del cuidado que integra valores educativos, éticos, biológicos y culturales. Este modelo evita y se aleja de prácticas educativas y culturales que no respetan nuestro origen natural y biológico.

Las prácticas que se desarrollan en este capítulo emanan de las citadas inicialmente por Sears (2001) y de los principios de crianza con apego de la Asociación Internacional de Crianza con Apego (API). Relacionados con dichas prácticas vamos a desarrollar los siguientes aspectos en este último capítulo: la continuidad del contacto físico, la lactancia materna y alimentación complementaria, el sueño y la educación y cuidados del bebé.

1. La continuidad del contacto físico

Las familias que optan por el modelo de crianza natural otorgan una gran importancia al contacto físico las horas, días, meses y años posteriores, conscientes de los beneficios que dicho contacto supone para el bebé, las madres y los padres. Estas familias ignoran comentarios de personas o profesionales que argumentan que los niños y las niñas se malacostumbran al estar en brazos por lo que promueven el contacto corporal tanto con la

madre como con el padre y otros miembros de la familia y otras personas cercanas, al ser conscientes que estas experiencias facilitan los vínculos posteriores.

Los cuidados en la gestación de las madres que optan por el modelo de crianza natural tienen la finalidad de proteger vínculo emocional con el bebé. El momento del nacimiento es para el bebé el del abandono del único mundo que ha conocido para comenzar su nueva vida en un nuevo medio. En ese momento, todo va a depender de la respuesta física, biológica y emocional que se produce en el encuentro entre la madre y el bebé. La capacidad de respuesta de la naturaleza dependerá, a su vez, de cómo sean de respetuosas con ella las prácticas que adopte la madre y su entono sociocultural para dar respuesta a las necesidades del bebé.

La necesidad más importante que tiene el bebé al nacer, y durante los primeros meses, es la de seguir conectado con su madre mediante la proximidad física, y ahí da comienzo una serie de prácticas que llevan a cabo las madres del modelo de crianza para garantizar que el programa innato de crecimiento desarrolle todo su potencial. Aquí desarrollaremos algunas de ellas: el piel con piel, el método canguro y el porteo.

1.1. El piel con piel.

En el capítulo anterior ya destacamos la importancia química, neurológica, nutricional, afectiva y emocional del contacto piel con piel en el momento del nacimiento. La práctica del contacto piel con piel hace referencia a la colocación del bebé desnudo en posición boca abajo sobre el torso desnudo de la madre apenas nace o después. El modelo de crianza natural sigue haciendo piel con piel para ayudar al bebé a regular la temperatura corporal tanto si es baja (recién nacido) o elevada (en caso de fiebre), y también se utiliza como conducta de bienestar y contacto entre madre y bebé o padre y bebé. Esta regulación de la temperatura corporal se produce por un efecto de termorregulación con paso de calor o frío del cuerpo de la madre hacia el recién nacido por conducción y a través de la superficie de contacto hasta alcanzar un equilibrio térmico.

Los beneficios del piel con piel eran conocidos históricamente para la supervivencia de neonatos pero actualmente en los protocolos hospitalarios se favorece que en el nacimiento no se separe a los bebés de sus madres en los paritorios, reduciendo y dejando para más tarde los procedimientos rutinarios. Estudios realizados en recién nacidos prueban que al ser colocados en contacto piel a piel inmediatamente después de nacer, aparecen conductas innatas específicas de mamíferos como por ejemplo que los bebés busquen y localicen el pezón materno con las ventajas que ello conlleva para la instauración de la lactancia materna. Se

destaca la importancia de este periodo de reconocimiento que predispone y prepara a las madres y a los bebés para desarrollar pautas de interacción que continuarán cuando estén juntos y en contacto íntimo.

El contacto piel con piel “temprano” se puede dividir en tres categorías recogidas por Dávila (2013):

- a) Contacto piel a piel al nacer: se coloca al bebe sobre el abdomen o el pecho de la madre en el primer minuto de vida, antes del corte demorado del cordón umbilical, se puede iniciar el secado del bebe y el control de la transición mientras la madre lo abraza.
- b) Contacto piel a piel muy temprano: iniciado luego de las medidas de atención inmediata (secado, test de Apgar, examen físico inicial, medidas del bebé, identificación, aplicación de vitamina K) que en un recién nacido sano dura aproximadamente 15 minutos luego de lo cual se pueden reunir madre e hijo/a y permanecer en contacto íntimo piel a piel.
- c) Contacto piel a piel temprano: ese contacto piel a piel se inicia en cualquier momento entre una y 24 horas, el bebé desnudo se coloca boca abajo sobre la madre entre sus senos. Lo importante es que no exista ropa que limite un contacto íntimo directo piel a piel entre ambos.

En algunos casos en el contacto piel con piel al nacer se recomienda la colocación de un gorro pero otros autores opinan que ello puede disminuir los estímulos olfativos que le llegan a la madre de su bebé y que también ayudan en su vinculación química.

El contacto piel con piel con la madre estimula la química necesaria para la formación de las neuronas y del sistema inmunológico. La carencia de contacto y afecto corporal altera el desarrollo saludable del bebé. Lee (1994, citado en Small, 2006), en el estudio de 160 bebés coreanos no encontró cólicos ni picos claros de llanto a los dos meses, ni aumento de llanto por la noche. La investigación relacionó tal circunstancia con que la crianza en Corea incluye un mayor contacto físico que en otras culturas industrializadas. En el estudio, los bebés coreanos de un mes pasaban solos menos de dos horas al día, el 8,3% de su tiempo frente al 67,5% de otros bebés como los estadounidenses. También los tomaban en brazos el doble de tiempo al día que los estadounidenses.

En la actualidad se investigan las consecuencias de la falta de contacto físico, vínculo y apego como factores desencadenantes de depresiones, ansiedad, síntomas psicossomáticos, falta de deseo y entusiasmo, aislamiento emocional, fobias, obsesiones, etc. Las

complicaciones que suceden durante el nacimiento afectan a la personalidad, a la capacidad relacional, a la autoestima, y a los esquemas de comportamiento a lo largo de toda la vida. Si a ello se le añade el rechazo o la ausencia de unión con la madre, podemos constatar una fuerte correlación con un comportamiento criminal y violento (Schoore, 2001).

Hay consecuencias negativas de interrumpir la vinculación original entre madre y bebé, aludiendo al hábitat adecuado del bebé (Bergman, 2005a), pues en la medida en que no se forme la diada madre-criatura, según Rodrigáñez y Cachafeiro (2007) “fallará la sincronización de sus funciones fisiológicas y el estado común de organización lactación-sueño-vigilia, que es el estado del acoplamiento y del ritmo unísono; de un fluir conjunto. Y si no hay un fluir unísono la criatura se encogerá” (p. 23). A partir de esta situación el bebé se puede retraer activando defensas que fomenten el desarrollo patológico de su equilibrio psicosomático.

Los estudios neurológicos como venimos recogiendo aportan información relevante relacionada con esta vinculación inicial y su influencia en la crianza. Recogemos a continuación algunas conclusiones recogidas por Rodrigáñez y Cachafeiro (2007):

1. La formación de las vías neurales sólo está pautada genéticamente hasta las 14/16 semanas de gestación, y por tanto, a partir de ese momento el tipo de desarrollo depende de su hábitat, del estado de la madre y de su relación con ella completándose en gran medida en el primer año a modo de gestación externa.
2. Hay un programa neurológico que se pone en marcha en circunstancias de alerta o de defensa y que lleva a los bebés separados de sus madres a encogerse, temblar, descender la temperatura corporal, sufrir alteraciones de ritmo cardíaco y respiratorio, incluso padecen apneas con descargas de glucocorticoides (cortisol, hormonas del stress...) y de adrenalina (hormonas del miedo) que crean toxicidad neuroquímica determinante en la formación de las vías neurales en periodo de formación. Esto puede influir en que la criatura tenga una estructura caracteriológica para vivir en armonía o una estructura para vivir en tensión y en competencia.
3. El tiempo en que la criatura permanezca en estado de *stress* separada de la madre es determinante, de modo que los tiempos cortos y excepcionales no tendrían las repercusiones que los tiempos largos y continuados, capaces de desarrollar en el futuro del bebé enfermedades mentales (esquizofrenia, bipolares, autismos, etc) y conducta violenta.

Por todo esto, Bergman (2005b) propone restaurar el paradigma original de la maternidad afirmando que la peor situación que se puede encontrar una criatura al nacer es la separación de su madre dado que es una del violación del programa innato de crecimiento que prevé el contacto piel con piel con su madre. Esta violación tendrá un impacto de por vida asegurando también que las criaturas enferman cuando se las separa de su madre.

Algunos pediatras empiezan hablar no solo de que las criaturas necesitan el cuerpo y la piel, sino también el amor que brota del cuerpo de la madre; en alusión a que madres robotizadas, acorazadas o desconectadas no podrían ofrecer el *habitat* adecuado, la matriz extrauterina para la criatura humana (Rodrigáñez, 2006).

El contacto físico tiene múltiples intereses tanto para el bebé como para su madre, padre y otros miembros de la familia. Respecto a los beneficios más inmediatos, los circuitos cerebrales se activan por hormonas y sustancias químicas como la oxitocina (llamada hormona del amor) y los opioides (hormonas del bienestar). La oxitocina facilita el vínculo emocional entre la madre y el bebé y al igual que los opioides se produce una alta liberación de ambos cuando la madre abraza, toca, acaricia, coloca o transporta al bebé cerca de su cuerpo. Los padres también refieren sensaciones de bienestar tras el contacto físico con sus hijos e hijas (Martínez, 2012).

La importancia de este contacto físico también se confirma en que las madres que hacen contacto piel con piel con el recién nacido tienen mayor facilidad para mostrarse más sensibles con su bebé, tener más paciencia y actuar de modo más cariñoso. Esto ha sido comprobado comparando madres que son separadas del bebé con grupos de madres a quienes se las ha dejado interactuar intuitivamente, sin interferencias con su recién nacido. A partir el contacto físico inicial el primer paso para el establecimiento del vínculo y de un apego seguro está dado (Maldonado, Lecannelier y Lartigue, 2008).

1.2. El método canguro.

Una manera de extender los beneficios del contacto físico es el método canguro, una de las prácticas mas defendidas y continuadas a lo largo de la crianza natural, que consiste en portear al bebé de tal manera que pueda acceder al pecho de la madre para nutrirse a demanda. El origen del método canguro se basa en los cuidados que proporcionan las madres canguros a sus crías, las cuales están en la bolsa materna, cerca de las glándulas mamarias y recibiendo alimentación a demanda.

El método canguro facilita dos necesidades básicas del bebé: el contacto piel con piel y la lactancia. El paradigma del método canguro basa su origen en el la manera de ver al bebé humano prematuro no desde la una enfermedad sino desde la separación de su hábitat natural que es la madre. El respeto al *hábitat* (contacto madre–bebé) debe ser la base de toda la atención uniendo a ello el apoyo o tecnología disponible. El método canguro respeta el paradigma original por tres razones: respeta el derecho al contacto continuado de la madre y el neonato, facilita la lactancia exclusiva para su salud física, neurológica y mental y promueve el apego con la madre como prioridad universal de la salud pública (Bergman, 2005a). Inicialmente este método se utilizaba en recién nacidos prematuros estables, fortaleciendo de esta forma el vínculo con la madre y favoreciendo la primera toma de leche materna, así como una termorregulación eficaz, es decir una regulación de la temperatura corporal gracias al contacto piel con piel con el cuerpo de la madre (Arivabene, 2010).

La OMS, en la *Guía práctica del Cuidado Madre Canguro* (Organización Mundial de la Salud, 2004), recomienda el contacto piel con piel de los prematuros con la madre o padre. Incluye orientaciones sobre el modo de organizar los servicios en el hospital en cuanto a lo que resulta necesario para introducir y dispensar este método.

El Método Madre Canguro (MMC) se utilizó por primera vez con recién nacidos prematuros en 1979 en Bogotá, a raíz de un período de sobrepoblación y sepsis. El número de incubadoras era limitado por lo que fue necesario sustituir su uso por el MMC y en cuanto los bebés estaban clínicamente estables se enviaban a sus casas instruyendo a sus madres para continuarlo. Se les enseñaba el transporte vertical de sus bebés, entre las mamas, las 24 horas del día, con lactancia materna y seguimiento extrahospitalario. recogen que se obtuvo como resultado un descenso en la morbimortalidad a la vez que demostró ser tan eficaz como la incubadora en el mantenimiento de la temperatura, no desestabilizar a prematuros estables, disminución de la respuesta al dolor y el estrés con mejora de la recuperación, mejor organización del sueño, mejora del desarrollo neurológico, evitación de los sentimientos de impotencia y ansiedad por separación de la madre, alimentación–lactancia como experiencia agradable, útil para el transporte, fortalecimiento del papel de la familia en el cuidado del bebé con participación de la madre y el padre, ayuda en la iniciación, exclusividad y mantenimiento de la lactancia materna y reducción de las estancias hospitalarias (López y Salmerón, 2014).

Con el paso de los años y gracias a numerosas investigaciones este método se ha ido perfeccionando y aplicando en diversas situaciones, incluyendo a recién nacidos prematuros,

recién nacidos con bajo peso y recién nacidos a término. Según recoge Lawn (2010) se ha ido aplicando a recién nacidos a término, comprobando que presenta las mismas ventajas que en los prematuros; así como en prematuros con patologías, que permiten la aplicación de este método de forma intermitente.

Suárez (2014) informa de que cada año nacen en el mundo cerca de 15 millones de niños prematuros, en Europa más de 500.000 y solo en España cerca de 31.000, cifra que se ve en aumento año tras año. De estas cifras cerca de un millón a nivel mundial fallece, pudiéndose evitar en muchos casos con los cuidados y tratamientos adecuados. Todavía existen creencias de personal sanitario, principalmente enfermeras/os que a pesar de la existencia de los protocolos de método canguro piensan erróneamente, que el tener mucho tiempo a los bebés en brazos puede volverles consentidos y difícil de consolar cuando lloran al estar siempre en contacto con la madre.

Del mismo modo, hay enfermeras informadas sobre el MMC que ponen a los bebés en contacto piel con piel con su madre. En ocasiones creando confusión a las madres ante las diferentes indicaciones de unos profesionales que les instan a tenerles en las cunas y otros que les instan al contacto físico o piel con piel. Esta autora menciona también la existencia de protocolos para las diferentes pruebas que se realizan al bebé (como la realización de las pruebas metabólicas o extracción de sangre) que recomiendan su realización si es posible realizando el MMC, ya que el bebé sufrirá menos. Algunas enfermeras/os por comodidad o desconocimiento continúan colocando a los bebés en las mesas. A pesar de los numerosos estudios realizados sobre este método, aún se encuentran dificultades a la hora de ponerlo en práctica, fundamentalmente barreras y actitudes negativas por parte del personal sanitario implicado (Delgado, 2005).

En nuestro país, esto se refleja en una guía sobre cuidados desde el nacimiento del Ministerio de Sanidad y Política Social (2010) donde se recoge que, por norma general y hasta hace pocos años, los neonatos se encontraban en las incubadoras, restringiendo las visitas a los padres y las madres así como el poder tocarlos. En los últimos años y gracias a los estudios realizados sobre el método canguro esto está cambiando, favoreciendo las visitas de las madres y los padres, que puedan cogerles en brazos de modo que el bebé se encuentra más tranquilo y evoluciona mejor.

Padilla (2013) diferencia dos etapas dependiendo de cuando se realice: a) una fase intrahospitalaria, nada más nacer y durante el ingreso del recién nacido, en el que los padres y las madres tomarán el primer contacto con el método y lo realizarán de forma gradual hasta

que tanto ellos como el bebé se adapten, y b) una fase ambulatoria desde el momento del alta y hasta que la aplicación de este método llega a su fin. La duración en esta fase puede variar, ya que existen numerosos factores que lo puedan condicionar.

Tanto la OMS como diversos autores (Gómez, Pallas, y Aguayo, 2007) recogen los beneficios del método canguro para el recién nacido: termorregulación eficaz con la temperatura de la madre sin hipotermias ni hipertermias, menores infecciones y mejor sistema inmune, control de la frecuencia cardíaca y respiratoria acompañada a ritmos de la madre en los primeros minutos, menor probabilidad de apnea, aceleración de la adaptación metabólica, más horas de sueño y de mejor calidad, facilidad para la lactancia materna, mejor succión y subida rápida del calostro, evitando pérdidas de peso e hipoglucemias, mayor tranquilidad para el bebé, mejor tolerancia al dolor, disminución de la estancia hospitalaria y mejores coeficientes intelectuales.

También se citan beneficios para la madre y el padre recogidos por Gómez, et al (2007), Shewta (2012) y Mohamed y Abdel (2015): favorece lactancia materna, ayuda en la involución uterina, aumenta el ánimo de la madre que se siente más involucrada en los cuidados, mejora el descanso y disminuye la ansiedad de la madre y el padre, favorece la involucración del padre que realiza también el método canguro.

Cada vez son más los padres que realizan contacto piel con piel y portean no sólo cuando la madre no puede realizarlo sino por interés y motivación en realizar contacto piel con piel con sus hijos e hijas conocedores de los beneficios para ambos. Se debería iniciar en el hospital, desde el momento del nacimiento y prolongarse hasta el domicilio. Es importante enseñar adecuadamente como realizar el método, y cómo sujetar al bebé, ya que supondrá el éxito y obtención de los beneficios de realizarlo (Charpak y Figueroa, 2015). Los estudios informan de un alto nivel de conocimiento del método pero una baja tasa de aplicación según Estrany, Fernández y Galdeno (2009) lo que en ocasiones se justifica por la inadecuada infraestructura hospitalaria para realizarlo.

Como vemos el método canguro aporta innumerables beneficios respecto al peso, ritmo cardíaco, respiración, temperatura, lactancia, defensas, inmunoglobulinas y nutrientes para el bebé. Además repercute eficazmente en el desarrollo de vínculos afectivos a todos los neonatos al margen de su entorno, peso, edad gestacional y situación clínica. A partir de este contacto físico inicial existe una amplia variedad de productos portabebés en el mercado que brindan la oportunidad de continuar este importante contacto y sus correspondiente ventajas para bebés, niñas, niños y adultos.

1.3. El porteo.

En los últimos años se ha extendido mayoritariamente para el transporte del bebé el uso de carritos pero en el intento de mantener el contacto físico con estos abordaremos en este apartado una opción de desplazamiento que satisface sus necesidades de contacto físico con sus madres y padres cuyo uso es otra de las prácticas características de la crianza natural: el porteo, que en realidad es la extensión del método canguro a la totalidad de los niños/as, no solo a los prematuros. Esta práctica se refiere al transporte del bebé cerca del cuerpo de su madre o padre en un fular, bandolera, *meitai* o mochila portabebés.

En 1733, el arquitecto William Kent inventó el carrito de bebés para las clases pudientes pero pronto se popularizó como un símbolo de modernismo sin tener en cuenta las necesidades del bebé y de la madre. Lamentablemente, según Gil (2012) todavía se relaciona porteo del bebé con pobreza, ya que no se necesitan muchos recursos para adquirir un portabebés. Dados los beneficios que el uso del porteo tiene para los bebés, las madres y los padres y siendo alguno de ellos tan evidentes está proliferando poco a poco el uso de diferentes sistemas de porteo. Un bebé o niño porteados se siente feliz y seguro y es fácil observar ese bienestar pues todos hemos oído llantos de bebés en la soledad del carrito pero difícilmente se escucha el llanto de un bebé en un portabebés al sentirse protegido por su madre o padre y cerca de su fuente de alimento.

El carrito sin embargo es un invento occidental y aunque muchas sociedades han conocido y empleado la rueda para múltiples usos según González (2007) no consideraron usarla para alejar a los bebés del cuerpo de su madre, cuidador o cuidadora. Aparte de la necesidad de contacto físico del bebé no cubierta en el carrito la postura tumbada y continuada puede ser motivo de plagiocefalia (distorsión asimétrica por aplastamiento lateral del cráneo) por lo que se aconseja al menos combinarlo con el uso del porteo. Algunas personas aluden al riesgo de asfixia de algunos sistemas de porteo pero tal y como recogen López y Salmerón (2014), se trata de un sistema de transporte que asegura un contacto constante y una postura adecuada, tanto para el bebé como para el adulto.

Entre los múltiples beneficios demostrados por el porteo, Navío, Miranda y Rodríguez (2014) afirman que las madres que portean identifican rápidamente la demanda del bebé, sin relojes ni horarios, evitando así la ingestión de aire que provoca el llanto. Además facilita el acceso del bebé al pecho y ayuda, entre otras cosas, a estimular la producción de leche. El uso de portabebés, permite dar el pecho en movimiento, realizando diferentes tareas, caminando,

etc. Por lo que es un gran aliado y favorece la lactancia materna, permitiendo una mayor comodidad y libertad a la madre.

Los cuidados del método canguro se pueden aplicar a todos los bebés ofreciendo beneficios tanto a los bebés enfermos como a los sanos. El uso de los portabebés facilita realizar este método, pero siempre que sean ergonómicos ya que éstos permiten redondear la espalda del bebe correctamente hacia delante y darle el soporte adecuado para que la espalda no aguante su propio peso. Además un portabebés ergonómico ayuda a que las piernas vayan bien colocadas, rodillas más altas que los glúteos y haciendo un ángulo de 90° entre ellas. Es importante destacar este aspecto porque proliferan en el mercado todo tipo de porteos y del mismo modo que un porteo adecuado puede ser beneficioso para el bebé uno inadecuado puede provocarle consecuencias negativas.

Los porteos ergonómicos facilitan el correcto desarrollo de la cadera, previniendo la displasia de cadera. Esta postura correcta piernas-cadera hacen que la espalda también mantenga la posición adecuada. Para ello el panel o tela ha de llegar de rodilla a rodilla, dando apoyo a todo el muslo del bebe, de modo que vaya sentado y todo su peso bien repartido, sin colgar la pierna y generar puntos de presión. Un portabebés ergonómico previene la plagiocefalia, ya que la cabeza del bebé es sostenida con firmeza y suavidad contra el cuerpo del adulto. Se recomienda no tapar la cabeza completamente dejando que circule aire y para que el porteador/a pueda comprobar el estado del bebé siempre que lo necesite. Las madres que realizaron el contacto temprano piel con piel en el parto, eran más propensas a amamantar durante los primeros uno a cuatro meses, tendían a amamantar por más tiempo y mejoraban la relación madre-hijo/a.

Navío et al. (2004) resumen las ventajas y beneficios que tiene tanto para las madres y los padres que portean como para los bebés porteados.

Las ventajas para los padres y las madres: a nivel psicológico ayuda a establecer un vínculo afectivo temprano, favorece la lactancia materna a demanda pues el contacto físico activa las hormonas que hacen fluir a la leche y contribuye al vaciado del pecho en una postura distinta previniendo obstrucciones y mastitis, ayuda en la relactación al activar el contacto la secreción de prolactina y el olor del pecho incitando al bebé a mamar, facilita una postura correcta al amamantar evitando grietas y dolor en el pezón y permite desarrollar otras tareas dejando las manos libres.

Los beneficios para los bebés serían: reduce o evita la regurgitación y el reflujo, reduce los cólicos, facilita la digestión y expulsión de gases, ayuda a regular la temperatura, el ritmo

cardíaco y la respiración, relaja, tranquiliza y facilita el sueño y la liberación de estrés, favorece el desarrollo físico y neurológico (ej: sistema vestibular), les aporta seguridad emocional, a nivel físico la postura ergonómica favorece el desarrollo locomotor de espalda y cadera, ayuda a corregir ligeras displasias de cadera y previene la plagiocefalia.

Es conveniente conocer las normas de un porteo seguro pues las muertes excepcionales (ninguna de ellas en España) se han producido por asfixia y por uso incorrecto de los mismos. Se desaconsejan los porteos en forma de C para los recién nacidos. El porteo siguiendo una serie de normas es seguro: colocación en postura fisiológica vertical, correcta posición de espalda y caderas, portabebé tenso, cabeza del bebé firme y sujeta contra el cuerpo del adulto, barbilla separada del esternón con circulación de aire en la nariz, región abdominal del bebé en contacto con el cuerpo adulto (no de costado o espaldas), cara del bebé visible y adulto pendiente de la respiración rítmica del bebé. Con estas normas es fácil identificar a los bebés que son o no porteados correctamente, para ejemplificar mejor la postura correcta se adjunta la imagen siguiente.

Los porteos adecuados/ergonómicos promueven el porteo del bebé mirando hacia su porteador ya sea delante (recién nacidos) o en la espalda del mismo (para bebés mayores). Existe una asociación para ayudar a los padres y las madres con cuestiones relacionadas con el porteo llamada Asociación Red Canguro: Asociación Española por el Fomento del Uso de Portabebés y ofrece información sobre uso de portabebés ergonómicos: fular, *meitai*, *pouch*, bandolera, mochilas ergonómicas, etc. A nivel internacional existe la ONG *Babywearing International Inc.*, que promueve el uso de portabebés por sus múltiples beneficios: bebés sanos, padres y madres cercanos, oportunidad de vínculo para otros cuidadores/as y comodidad del porteador/a.

Tal y como recogen Salvia y Tuñón (2011), en los primeros años adquieren especial importancia los vínculos que los niños y las niñas establecen con los adultos de referencia siendo deseable que las interacciones sean intensas, estables y cariñosas. Estas interacciones se ven favorecidas cuando tenemos a los niños y las niñas en brazos, les abrazamos, les acariciamos, les besamos, durante el amamantamiento, cuando les dirigimos palabras cercanas y cariñosas, les narramos historias o les cantamos. Estos estímulos son importantes para el desarrollo emocional, el proceso de construcción de su identidad y la construcción de un vínculo seguro con madres, padres u otras personas de referencia.

2. Lactancia materna y alimentación complementaria

La crianza natural desarrolla en la lactancia y en la alimentación gran parte de las prácticas que definen su modelo ecológico y respetuoso con el programa innato de crecimiento para que desarrolle todo su potencial, tanto físico en su dimensión nutricional, como su dimensión emocional, frecuentemente ignorada.

2.1. La lactancia materna.

La lactancia materna tiene dos dimensiones de gran interés para el modelo de crianza natural: la biológica, relacionada con los beneficios nutricionales y emocionales, y la cultural, relacionada con cómo gestionan las diferentes sociedades los comportamientos que se derivan de la acción de dar el pecho. Por esta razón, no es de extrañar que sea la etnopediatría la disciplina que permita su abordaje integral, dado que utiliza en sus métodos una perspectiva biocultural.

La lactancia materna es un buen ejemplo de hasta qué punto pueden entrar en conflicto la biología y la cultura. La biología reclamará a madres y bebés la continuidad de la lactancia natural mientras que la cultura introduce, en algunos casos como moda, la lactancia artificial y el biberón como un signo de modernidad y libertad. Lo preocupante es que algunas sociedades influenciadas por Occidente lo incorporan a sus prácticas de crianza aumentando las tasas de mortalidad infantil. Está sobradamente demostrado que la lactancia materna es saludable para las madres y lo más conveniente para los bebés desde el punto de vista nutritivo, y para proporcionarle anticuerpos y otros múltiples beneficios a su salud (Garrido, 2013).

La lactancia artificial debería ser únicamente la solución ante la dificultad de algunas madres y bebés para instaurar la lactancia natural. En nuestra sociedad se ha fomentado el biberón como expresión de la autonomía y de la libertad de la mujer, se ha introducido de tal manera que en ocasiones parece que sea una elección de la mujer el ofrecer lactancia materna o lactancia artificial a su bebé, en contra de necesidades biológicas, en perjuicio de la salud del bebé y la madre y lo que es peor con poca información sobre las consecuencias a corto, medio y largo plazo de una decisión así.

La lactancia no es simplemente una forma de alimentación fisiológica inicial según Massó (2010) sino que también supone una vinculación afectiva y emocional. La lactancia se ha visto influida por la sociedad patriarcal que la descalifica y por la revolución tecnológica

que en los años sesenta–setenta la revolucionaba con sus medios técnicos sufriendo un grave deterioro social en occidente que la sustituía por la lactancia artificial a través de biberón.

Continuando con las variables culturales según Massó (2013) la lactancia no ha sido elección libre para madres y criaturas sino que ha sido culturalmente confinada por los valores patriarcales de cada época. Dando lugar a errores o mitos que la ciencia ha desmentido informando que todas las leches y de todos los pechos de todas las mujeres son buenas y adecuadas para el bebé y sin comparación posible con ninguna leche de fórmula. El “lactivismo” es decir el activismo por la lactancia materna, en diferentes dimensiones sociopolíticas, desde el activismo individual hasta la militancia organizada en grupos de apoyo a la lactancia y crianza, entre estos la pionera estadounidense La Leche League, lucha contra mitos y falsas creencias en torno a la lactancia. Estas mujeres a menudo se rebelan con normas obsoletas de la obstetricia como vimos en el capítulo anterior o con pediatras en asuntos relacionados con la alimentación infantil pues su manejo de bibliografía les hace rebatir algunas prescripciones u orientaciones de estos.

El contacto físico y el apego seguro son necesarios para el establecimiento de una lactancia materna adecuada y para un desarrollo saludable físico y emocional actual y futuro. Pero el simple hecho de ofrecer lactancia natural al bebé no es garantía de que exista un apego seguro, del mismo modo que el hecho de que no exista lactancia materna no implica que el apego vaya a ser inseguro o ambivalente. Autores como Pinto (2007) avisan de la importancia de detectar precozmente una dificultad en el apego entre madre y bebé ofreciendo una serie de indicadores a observar en ambos. La disfunción en el apego perjudica tanto a la madre como al bebé con dificultades en la comunicación entre ambos, tensión, angustia, tristeza, alteración del sueño, llanto y malestar que pueden originar un abandono de la lactancia natural.

En el mismo sentido Bergman (2005) recuerda que el llanto del bebé es una protesta por la separación de su madre y una respuesta de supervivencia ante la privación que le provoca bajada de temperatura y del ritmo cardíaco por aumento del estrés. El llanto es perjudicial para el bebé aumentando el riesgo de hemorragia intraventricular y otros problemas. El bebé sabe que su supervivencia depende de su alimentación y la naturaleza le reclama permanecer en contacto con su madre para favorecer la lactancia materna. La lactancia es una manifestación física de un neurocomportamiento innato que precisa del contacto constante e ininterrumpido con la madre. El bebé se organizará en ciclos con períodos de sueño no muy profundo y periodos de vigilia para mamar si está apegado a ella.

Podemos citar como ejemplo ilustrativo el hecho de que la OMS recomiende la lactancia exclusiva hasta las 6 meses de edad (inclusive) cuando los permisos de maternidad en nuestro país se acaban a las 16 semanas. En ese momento se reconoce un permiso de lactancia de una hora diaria por unos meses más que a muchas mujeres no les permite la continuidad de la misma. Otros países en Europa como los nórdicos (Finlandia, Islandia, Dinamarca, Suecia y Noruega) contemplan permisos de maternidad que permiten la lactancia materna continuada y el cuidado de los hijos/as por sus padres y madres. En Suecia el padre y la madre comparten 480 días de permiso parental, en Noruega disfrutan de 392 días las madres y 70 días los padres. Este tipo de países invierten más en prevención y menos en intervenciones posteriores con las que otros países intentan afrontar enfermedades de niños, niñas, adolescentes y adultos derivadas de pobres políticas de conciliación familiar (Organización Mundial de la Salud, 2003).

La Asociación Española de Pediatría defiende en las Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna la lactancia materna y el apego seguro que la leche materna es el mejor alimento para el lactante durante los primeros meses de vida cubriendo necesidades nutricionales y emocionales (Asociación Española de Pediatría, 2012)

La conciencia de que son necesarias acciones que fomenten este contacto físico y la lactancia materna ha sido origen de iniciativas como los criterios globales de la IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento, s.f.) que constituyen un estándar para medir el cumplimiento de cada uno de los Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural y el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna. Los criterios listados a continuación son los criterios mínimos para la designación como Hospital IHAN a nivel mundial, existen también criterios para los Centros de Salud. En España, se exige además el cumplimiento de la “Atención amigable a la madre”. En la actualidad, septiembre 2015, existen 16 hospitales acreditados y 70 en proceso de acreditación y 81 centros de salud en proceso de acreditación. Los diez pasos requeridos a los hospitales son los siguientes:

1. Tener una normativa escrita de lactancia, que sistemáticamente se pone en conocimiento de todo el personal.
2. Capacitar a todo el personal para que pueda poner en práctica la normativa.
3. Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y manejo de la lactancia.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto.

5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si tienen que separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna, a no ser que esté médicamente indicado.
7. Practicar el alojamiento conjunto y permitir que las madres y los recién nacidos permanezcan juntos las 24 horas del día.
8. Alentar a las madres a amamantar a demanda.
9. No dar biberones, chupetes ni tetinas a bebés que amamantan.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo y referir a las madres a estos grupos al alta del hospital.

Vemos en los pasos referidos a los hospitales IHAN que se recoge textualmente la indicación de no dar biberones, chupetes ni tetinas. Aprovechamos para comentar que en el modelo de crianza natural a menudo se prescinde de los chupetes por la interferencia que estos pueden suponer en la lactancia materna. En algunos casos las madres los introducen pasado el primer mes y tras una instauración exitosa de la lactancia natural o como alternativa si ven que el niño o la niña succiona el dedo lo cual es menos probable en los niños y las niñas que maman a demanda.

Con relación al chupete, Posada (2015) afirma que diversos estudios científicos sostienen que no hay una relación adversa entre el uso del chupete y la duración de la lactancia o su exclusividad. Pero distintas fuentes muestran que a menudo se usa de manera permanente y sin control para entretener, callar, calmar llanto, tranquilizar, sustituir la succión digital o por tradición. Su uso en Occidente es más habitual (45–60%) junto a la succión del dedo (15–30%). En los últimos 30 años ha aumentado su uso utilizándose desde el primer mes de vida y teniendo el pico más alto de uso entre el segundo y tercer mes de vida y llegando al 75–79% de uso en países industrializados.

La mayoría de niños y niñas lo abandona entre los 2 y los 4 años de edad. En algunos casos tranquiliza a los niños y las niñas y en otros a los cuidadores adultos. Las sospechas de que produzcan malformaciones dentales (por su uso prolongado), infecciones o caries o trastornos del lenguaje no han llevado en ningún caso a su prohibición. Sin embargo se ha manifestado su efecto protector de la SMSL (síndrome de muerte súbita del lactante) si el sueño se inicia usando chupete, lo que se conoce como uso controlado.

UNICEF (2014) cita la controversia sobre el uso del chupete con defensores que hablan de su efecto calmante y la reducción de estrés en los niños y las niñas y con detractores que

aseguran interfiere la lactancia materna por lo que recomienda su utilización a partir de que la lactancia esté establecida. Se recomienda un uso moderado y reducido ofreciéndolo para dormir y retirándolo posteriormente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna para el desarrollo de la salud y la nutrición de los lactantes y niñas/os en todo el mundo debido a sus efectos protectores contra infecciones gastrointestinales. Incide particularmente en la reducción potencial de la morbilidad y la mortalidad infantil y destaca que hay que averiguar los obstáculos sociales que impiden la lactancia exclusiva durante este período de vida. Advierte que dar leche artificial a los bebés en vez de leche natural puede poner en riesgo su salud (Organización Mundial de la Salud, 2003).

La Asociación Española de Pediatría (2012) recomienda la leche materna por considerarla la mejor nutrición que una madre puede ofrecer a su bebé reconociendo la superioridad de su composición, que se adapta a las necesidades del lactante y varía a lo largo de la lactancia, a lo largo del día, e incluso a lo largo de cada toma. Destaca sus efectos beneficiosos a nivel psicomotor por el acto de amamantar y la vinculación producto del contacto físico, el intercambio de miradas y la síntesis de hormonas (oxitocina y prolactina) que promueve un vínculo especial que se traduce en niños más equilibrados psicológicamente y con menos problemas de conducta, hiperactividad, depresión y ansiedad, incluso en la adolescencia. También recoge un elevado riesgo en niñas y niños no alimentados con leche materna de enfermedades como: muerte súbita del lactante y de muerte durante el primer año de vida, infecciones gastrointestinales, respiratorias y urinarias y de que estas sean más graves y ocasionen ingresos hospitalarios.

A largo plazo los niños no amamantados padecen con más frecuencia: dermatitis atópica, alergia, asma, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, obesidad, Diabetes Mellitus, esclerosis múltiple y cáncer. Las niñas no amamantadas tienen mayor riesgo de cáncer de mama en la edad adulta. Los lactantes no alimentados al pecho presentan peores resultados en los test de inteligencia y tienen un riesgo más elevado de padecer hiperactividad, ansiedad y depresión, así como de sufrir maltrato infantil. Por otro lado, en las madres aumenta el riesgo de padecer hemorragia postparto, fractura de columna y de cadera en la edad postmenopáusica, cáncer de ovario, cáncer de útero, artritis reumatoide, enfermedad cardiovascular, hipertensión, ansiedad y depresión. (Asociación Española de Pediatría, 2012)

Comentábamos en un capítulo anterior las investigaciones realizadas bajo la hipótesis de que los niveles de oxitocina sintética en el parto influyeran en la prevalencia del autismo. Investigaciones actuales reportan el efecto beneficioso de la lactancia en este sentido pues en el reciente estudio de Krol, Monakhov, Ebstein y Grossmann (2015) sus resultados revelaron que los niños con un genotipo previamente asociado con la disminución de la disponibilidad de oxitocina y una mayor tasa de autismo fueron los más beneficiados por duraciones extendidas de la lactancia materna exclusiva. Este hallazgo sugiere que la experiencia de la lactancia materna aumenta las tendencias prosociales en los bebés que tienen genéticamente riesgo de autismo.

Hay un aspecto de la lactancia que lleva a la controversia entre dos conceptos: el destete precoz y la lactancia prolongada, aunque el segundo puede llevar a malentendido en el sentido de que puede entenderse que se prolonga más de lo normal cuando no es así y este tipo de lactancia es un objetivo a lograr en la salud materno-infantil. En muchas culturas estos tiempos “prolongados” son habituales sin embargo en nuestra sociedad es poco frecuente la lactancia materna por encima del año de edad y a menudo las madres que continúan amamantando se exponen al rechazo social, de la familia o de los profesionales sanitarios por mitos o creencias erróneas.

El modelo de crianza natural defiende y potencia la lactancia natural, prolongada y a demanda. Como dice González (2010), los beneficios de la lactancia son incuestionables por sus múltiples ventajas a nivel inmunológico, nutricional y afectivo. Aunque increíblemente todavía existan personas y profesionales que critiquen la lactancia materna por considerarla una moda. Los condicionamientos culturales e intereses derivados se constatan las siguientes razones como causa de dichos destetes: reincorporación de la mujer al trabajo (esta es la razón más frecuente y condicionante), aparición de los dientes, nacimiento de un hermano o hermana, inicio de la escolarización, comienzo de la bidepedestación y adquisición del lenguaje. Al tiempo que falta información por ejemplo para que las mujeres vuelvan al trabajo y continúen dando pecho.

La Asociación Española de Pediatría recomienda que cuando la mujer decida destetar lo haga progresivamente sin brusquedad ni engaños. Se recomienda una retirada gradual, sin ofrecer ni negar, pudiendo negociar condiciones, lugares, horarios y tiempos con el niño o la niña. En el modelo de crianza natural se siguen estas orientaciones y en caso de destete se ofrecen alternativas a la necesidad de contacto teniendo en cuenta el fuerte vínculo que la

lactancia ha creado y que habrá que reorientar paulatinamente. (Asociación Española de Pediatría, 2012).

Small (2006) fue una de las primeras en exponer posibles tiempos para el destete sugiriendo amamantar mínimo un año o hasta que el bebé multiplica por 3 o 4 el peso de nacimiento y hasta la madurez masticatoria en torno a los cinco años. También recoge que no se han constatado riesgos ni psicológicos ni físicos en los lactantes de más de 2–3 años, ni desnutrición o relación con caries en los países desarrollados. No existe riesgo de continuar la lactancia del niño—a mayor durante un nuevo embarazo en el que sólo habría que valorar el destete en circunstancias especiales en caso de amenaza de aborto o parto prematuro. Amamantar a ambos hermanos/as tras la llegada del bebé es posible pues la producción de leche se adapta y se puede hacer lactancia en tándem, algo habitual en la comunidad que practica crianza natural.

González (2010) recoge un estudio sobre el amamantamiento como analgésico natural. Investigadores del Boston Medical Center y del Beverly Hospital en Massachusetts (Estados Unidos) concluyeron, tras evaluar a treinta bebés nacidos a término sanos, que el amamantamiento es un analgésico potente en los exámenes de sangre de rutina. El resultado fue que en el grupo de bebés al que se pinchó el talón en contacto con su madre mientras mamaban se redujo el llanto en un 91% y las muecas de dolor en un 84%, a diferencia del grupo al que se le pinchó en la cuna. Esta investigación también es importante no sólo para el tema del dolor, sino también porque cuestiona algunas prácticas pediátricas que impiden que el bebé se mantenga en contacto con su madre o padre, mientras es valorado médicamente. Sometiendo a un estrés innecesario a los pequeños/as al negarles la seguridad emocional que necesitan en situaciones vividas como amenazantes.

Queremos tener presente aquellas situaciones en las que el bebé queda huérfano o la madre tiene imposibilidad para alimentarle motivo por el cual surgieron los Bancos de Leche Humana acreditados por la OMS desde 2001 y para beneficio principal de bebés prematuros para los que puede suponer la mejora de sus probabilidades de vida. Un grupo de madres consideradas aptas como donadoras en base a su historia clínica, examen físico y de laboratorio ofrecen altruistamente este tesoro blanco a los bebés.

En España se organizan a través de la Asociación Española de Bancos de Leche Humana (AEBLH) una entidad no lucrativa que fomenta actividades relacionadas con la obtención, conservación, manipulación y distribución de leche humana para su administración en seres humanos así como actividades que favorecen la lactancia materna. Según una noticia

de la agencia EFE en Granada (2015) el Banco de Leche Materna de Granada, pionero en Andalucía, ha beneficiado durante sus cinco años de funcionamiento a un total de 752 prematuros, con más de dos mil litros de leche donada por 427 mujeres, según informes de la Junta de Andalucía.

Cabe comentar que esta es la única manera controlada y segura de adquirir leche materna pues está proliferando, tal como informa Laguna (2015), la venta en Internet de este producto por parte de pacientes de cáncer o culturistas. Los beneficios de la lactancia materna se extienden incluso en el tratamiento de la dermatitis atópica. Algo que no extraña en el ámbito de la crianza natural que ante dermatitis del pañal aplica habitualmente leche materna en el culito del bebé o en otras ocasiones también la administra para el tratamiento de infecciones visuales o auditivas.

Las noticias sobre lactancia son habituales en los medios de comunicación en una sociedad que parece va dando pequeños pasitos para recuperar la naturalidad de la lactancia y para ofrecer espacios que la faciliten como salas de lactancia o lugares aptos para madres lactantes como sesiones específicas de cine. También hay que agradecerle a los medios de comunicación algunas noticias que manifiestan cierto esfuerzo en difundir los beneficios de la misma.

Como muestra citamos un artículo de prensa de Tardón (2013) en el que se desmienten mitos erróneos en torno a la lactancia como por ejemplo: que los pechos pequeños no dan suficiente leche, que los pezones planos o invertidos imposibilitan la lactancia, que hasta que suba la leche hay que dar biberón, que la leche acuosa no alimenta, que para hacer leche hay que beber leche, que hay que esperar tres horas para volver a dar pecho, que si das el pecho a demanda el bebé no se acostumbra a horarios o le daña el estómago, que los bebés lloran porque se quedan con hambre, que si no se nota el pecho lleno es porque no hay leche suficiente, que hace faltas extracción con el sacaleches para continuar con la lactancia, que si vuelve la regla disminuye la producción de leche, que el estrés “corta” la leche, que las madres que dan pecho no pueden tomar medicamentos, que si el bebé no duerme de tirón necesita suplemento de leche de fórmula, que si no aumenta de peso hay que dejar la lactancia, que si la mujer se embaraza tiene que destetar, que con 6 meses el bebé ya es mayor para tomar pecho o que para incorporarse al trabajo hay que destetar.

Estos mitos o creencias erróneas están arraigados en nuestra sociedad actual y a menudo son responsables de las bajas cifras de lactancia materna sobre todo en bebés de más de seis meses, cifras que se van reduciendo progresivamente a partir de los tres meses del bebé y que

presentan una incidencia baja de lactancia a partir del año edad a pesar de la aparente preocupación de las políticas sanitarias. Afortunadamente en el modelo de crianza natural las madres son muy conscientes de los beneficios de la misma siendo característico de este modelo la lactancia a demanda y el destete evolutivo o progresivo en niñas y niños de más de dos años.

2.2. Alimentación complementaria y alimentación autorregulada.

A la hora de iniciar la alimentación complementaria el modelo de crianza natural también opta por un método específico de alimentación. Hasta ahora se han respetado los ritmos del bebé por lo que en cuestión de alimentación también se intenta seguir un proceso natural, sin forzar el acercamiento a la comida y adaptado a las necesidades de niñas y niños sin obligarles ni imponerles pautas. Este método se conoce como *Baby Led Weaning* (BLW) se adapta al bebé y espera a que esté preparado para empezar a iniciar la alimentación complementaria permitiéndole decidir cuándo, cuánto y cómo comer.

Velasco (2014) explica que la traducción literal del término acuñado por Rapley (2008) como *Baby Led Weaning* es “destete guiado por el bebé” pero por la confusión que puede suponer pensar que se abandona la lactancia, hecho que no es así, en español se utilizan los términos “alimentación autorregulada” o “alimentación complementaria a demanda”. En referencia a este método alternativo para iniciar la alimentación complementaria en el que el bebé introduce los alimentos sólidos en su boca en vez de ser el adulto el que le da de comer el puré continuando así con un rol activo en la alimentación.

El adulto no da de comer sino que pone a su alcance alimentos sanos, apropiados y seguros. La alimentación complementaria autorregulada por el bebé es una manera lógica de entrar en contacto con otros alimentos adaptándose perfectamente al desarrollo natural de las habilidades del bebé. Este es un método seguro y totalmente aplicable a partir de los 6 meses, siempre que el desarrollo psicomotor del bebé sea normal para su edad ofreciéndole multitud de beneficios entre los que se pueden destacar una buena relación con la comida y unos hábitos saludables.

La AEP recomienda a partir de los seis meses ofrecer a los lactantes además del pecho alimentación variada y rica en hierro sin ser necesario otros lácteos si el bebé realiza al menos cuatro tomas diarias de pecho (Asociación Española de Pediatría, 2012). En muchos casos las familias que optan por la crianza natural se asesorarán con nutricionistas sobre hábitos familiares saludables y de modo específico para la salud del bebé o seguirán lecturas de estos

profesionales como la de Basulto (2013) donde el autor explica que en cuestiones de alimentación el objetivo no es inculcar, coaccionar e imponer sino incorporar en casa patrones de dieta sana para que las niñas y los niños aprendan con el ejemplo.

Una vez llegado el momento de comer otros alimentos a partir del séptimo mes es conveniente no obligar a los niños y a las niñas a comer ni engañarles para que no aborrezcan la comida y para evitar futuros desórdenes alimentarios (anorexia, bulimia, etc). Respecto al peso que tienen que ir cogiendo los bebés y el uso de las gráficas de crecimiento tranquiliza a pediatras, madres y padres preocupados por el percentil o peso de niñas o niños. Destaca que en ocasiones las tablas utilizadas tienen muchos años y se hicieron con referencias de bebés de biberón que suelen tener curvas diferentes a los bebés lactantes (González, 2012).

Los hábitos alimenticios saludables son esenciales en todas las etapas de la vida. Los gustos comienzan a dar forma tan pronto como cuando un bebé está en el útero. Es importante proporcionar alimentación adecuada que ayude al bebé o niña/o a crecer. Una buena manera de proporcionar opciones sanas es preparando la propia comida del bebé y continuando con comidas que toda la familia pueda disfrutar.

La incorporación de la alimentación complementaria se realiza a menudo en el modelo de crianza natural, como venimos desarrollando, con el enfoque de alimentación autorregulada (BLW) o alimentación complementaria a “demanda” a partir de los siete meses o cuando el bebé está preparado. Según la Academia Americana de Pediatría el bebé está preparado para iniciar la alimentación complementaria cuando cumple estos 4 criterios:

- Es capaz de sentarse y mantenerse en esa posición por sí mismo, con lo que mantiene el esófago y el estómago en la posición correcta para comer. Si a los 6 meses el bebé no se mantiene, es conveniente consultar con el pediatra para valorar la causa.
- Ha eliminado el reflejo de extrusión, es decir el reflejo de escupir todo lo que no tiene la textura y forma de una tetina o pezón.
- Manifiesta interés en la comida; para eso deberá estar cerca de donde se esté comiendo y podamos observarlo.
- Sabe decir “no”. Difícilmente lo hará con palabras, pero sí con gestos como apartar la cara o ponerse la mano en la boca. De esa manera, nos podrá dar señales de que está saciado o de que algún alimento le genera rechazo.

Como decíamos al inicio de este apartado es importante respetar estos mensajes y respetar estos momentos de acercamiento a los alimentos para que las niñas y los niños vayan desarrollando poco a poco confianza en sus capacidades deglutorias y masticatorias, interés y motivación por la ingesta de diferentes y saludables alimentos e identificación de sensaciones de apetito y saciedad.

Según Rapley y Murkett (2008) este método es una manera de introducir alimentos sólidos que permite la autonomía del bebé por lo que se inicia con alimentos que el bebé puede manipular en vez de con purés. Se incorpora al bebé a la mesa familiar a la hora de la comida usando primero sus manos para comer y después los cubiertos. Esto le permite descubrir sabores, texturas, colores y olores, fomenta su independencia y confianza en sí mismo, le ayuda a mejorar su coordinación viso-motriz, estimula la masticación y los órganos implicados en la misma al tiempo que evita conflictos relacionados con la comida. Para garantizar la seguridad del bebé se recomienda a las familias que se aseguren de que el bebé se sienta erguido para comer, no se le ofrezcan frutos secos o semillas enteras, se corte por la mitad alimentos pequeños, como aceitunas o cerezas, se quite los huesos, nadie introduzca comida en la boca del bebé salvo él mismo, se explique el método a cualquier persona que cuide del bebé y nunca se deje al bebé solo mientras esté comiendo.

Este método aumenta la probabilidad de que tanto el bebé como los padres y las madres disfruten de la transición hacia las comidas sólidas así como del bienestar del bebé ya que cualquier bebé sano puede empezar a alimentarse solo a partir de los siete meses si tiene oportunidad.

Esta alimentación complementaria guiada por el bebé mantiene la lactancia como base de la alimentación, entiende las motivaciones del bebé, le ayuda a evitar atragantamientos al tener el control de lo que introduce en la boca y de la masticación, asegura una correcta nutrición al promover la diversidad de alimentos recomendando evitar comidas rápidas, sal y azúcar. Se recuerda que inclinar al bebé o tumbarlo es peligroso durante la comida, el bebé debe estar sentado en posición erguida. Los bebés pueden iniciarse en este método aunque no tengan dientes porque las encías les ayudan a masticar. No es necesario trocearles la comida porque no podrán coger los trozos pequeños es mejor ofrecérsela en trozos grandes según el tamaño de sus puños teniendo en cuenta que los bebés más pequeños que todavía no abren el puño es conveniente ofrecerles la comida en forma de palitos que sobresalgan del puño para que los puedan comer.

Respecto a la bebida el bebé autorregula también la ingesta de líquido del pecho de modo que succionará más o menos en función de sus necesidades y de uno o los dos pechos en función de que quiera saciar la sed (ambos pechos) o prolongar la toma por hambre (un pecho). El bebé además irá decidiendo a medida que ingiera más alimentos cómo, cuánto y cuándo reducir sus tomas sin necesidad de decidir por él. Se le puede ofrecer agua pues el bebé sabrá el momento de tomarla y la irá pidiendo conforme la necesite. En el caso de bebés alimentados con leche de fórmula es conveniente ofrecer el agua más a menudo. Es conveniente no meter prisa al bebé con la comida, ser paciente con la incorporación y cantidades de alimentos que ingiere, ofrecerle más adelante alimentos que haya rechazado pues cambian de gustos y opinión, prepararse para el caos, el desorden y la presencia de comida en el suelo, continuar amamantando a demanda y disfrutar de los avances.

Townsend y Pitchford (2012) encontraron un impacto positivo del BLW en la preferencia de comidas basadas en hidratos de carbono, los nutrientes base de una dieta saludable. Sin embargo los bebés alimentados con purés preferían alimentos dulces aunque habían tomado más a menudo hidratos de carbono concluyendo así los investigadores los beneficios de este método en la alimentación infantil pues estos niños y niñas manifestaban preferencia por más categorías de alimentos, excepto los dulces, en comparación con los bebés alimentados con purés y papillas. Otra conclusión importante del estudio fue la reducción de la obesidad pues estos bebés tenían menor masa corporal y esto no era atribuible a diferencias en el peso al nacer, influencia paterna o materna o clase social. Esto supone que estos bebés presentan un menor riesgo de obesidad, tanto en su infancia como en su vida adulta, debido al establecimiento de unos hábitos alimenticios saludables desde el primer momento.

Dados los beneficios de este método en Nueva Zelanda según Potts (2014) se está desarrollando un estudio conocido como BLISS como previo a la recomendación por el Ministerio de Salud de este método de introducción de alimentos ya que este ministerio está preocupado por la protección activa de la lactancia materna su promoción y apoyo y cree que este método de alimentación se une a este objetivo de nutrición óptima en bebés. Las familias y los profesionales están satisfechos de que se promuevan las capacidades de los bebés y los hábitos alimentarios sanos desde temprana edad por su efecto en etapas posteriores.

Respecto a la asociación entre este método y el modelo de crianza natural Locke (2014) en un estudio sobre la reducción de la obesidad y el BLW encuentra relación entre la

aplicación de este enfoque y los modelos de parentalidad intensiva (*intensive parenthood*) como la crianza natural.

Rapley (2015), responsable de la definición de este método, reconoce que faltan investigaciones pero los estudios realizados hasta ahora ofrecen apoyo a los principios que lo sustentan sobre capacidad de los bebés para alimentarse usando sus manos y capacidad innata para responder adecuadamente al apetito y la saciedad. En su aplicación práctica, BLW está en línea con las recomendaciones actuales de destete y hay evidencia que sugiere que puede conducir a resultados positivos para la salud.

2.3. El consumo de probióticos y prebióticos.

Los alimentos probióticos son alimentos con microorganismos vivos que permanecen activos en el intestino y ejercen importantes efectos fisiológicos. Ingeridos en cantidades suficientes, pueden tener efectos beneficiosos, como contribuir al equilibrio de la microbiota intestinal y potenciar el sistema inmunitario. No son patógenos, excepto en casos de inmunodeficiencia. Contienen esta clase de microorganismos y, por tanto, son alimentos probióticos: el yogur, el kéfir, el chucrut, el chocolate negro, las microalgas, la sopa de miso, etc.

Su presencia en este apartado se debe al uso y consumo que de ellos hace la comunidad de crianza natural como una manera de fortalecer los procesos naturales de la vida como factores de protección y de prevención ante la enfermedad.

La civilización occidental se enfrenta a un aumento progresivo de los problemas de salud autoinmunes relacionados con los intestinos, tales como alergias y enfermedades autoinmunes e inflamatorias. Al inicio del tercer milenio, las enfermedades alérgicas, el eccema atópico, la rinitis alérgica y el asma, junto con la enfermedad crónica inflamatoria del intestino, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, diabetes, y artritis, representan las enfermedades crónicas de creciente importancia en los países industrializados en todo el mundo. A pesar de una intensa investigación, las causas de estas enfermedades inflamatorias devastadoras siguen siendo desconocidas, aunque se sospecha de la predisposición genética, alteración inmunológica y la influencia de alérgenos y antígenos, bacterias o virus (Isolauri, 2001).

Dos factores ambientales influyentes se relacionan con el estilo de vida moderno en las sociedades occidentales: la higiene y la nutrición. Se valora también la influencia de la vacunación y los medicamentos antimicrobianos. En el pasado, los métodos de conservación

de alimentos por fermentación natural o secado de los alimentos ofrecían una dieta que contenía varios miles de veces más bacterias que en la actualidad. El desarrollo de alimentos funcionales probióticos, tiene como objetivo proporcionar un estímulo microbiano al sistema inmune del huésped por medio de cultivos de microorganismos vivos característicos de la microflora intestinal humana sana, es decir, los probióticos. En los seres humanos, se reportaron efectos documentados para el alivio de la inflamación intestinal, la normalización de la disfunción de la mucosa intestinal, y la baja regulación de las reacciones de hipersensibilidad. Estos datos muestran que los probióticos promueven mecanismos endógenos de defensa del huésped. Por lo tanto, la modificación de la microflora intestinal por la terapia probiótica puede ofrecer un potencial terapéutico en condiciones clínicas asociadas con la disfunción de la barrera intestinal y la respuesta inflamatoria.

La dieta y la composición de la microflora intestinal pueden tener un efecto sobre el riesgo de enfermedades inflamatorias. Los probióticos representan una gran oportunidad para el desarrollo de estrategias de intervención dietética preventivas y terapéuticas dirigidas contra la tendencia al alza de las enfermedades inflamatorias en el mundo moderno.

La colonización microbiana comienza después del nacimiento, y en un principio, las cepas anaerobias facultativas dominan. A partir de entonces, las bacterias del ácido láctico y coliformes se convierten en los microorganismos predominantes de la microflora intestinal. Después del destete, el tipo de dieta determina la distribución relativa de las especies bacterianas. La lactancia materna estimula el crecimiento de bifidobacterias en el intestino, mientras que los bebés alimentados con fórmula tienen una microflora más compleja que contiene bifidobacterias, bacteroides, clostridios, y estreptococos.

Los probióticos son bacterias beneficiosas que existen en la microflora intestinal sana. La clasificación de una cepa probiótica requiere que sus efectos fisiológicos beneficiosos sean probados científicamente, que la cepa sea de origen humano, sea segura para el consumo humano, sea estable en ácido y la bilis, y que se adhieran a la mucosa intestinal.

La dieta occidentalizada incluye pocos componentes nutricionales frescos y entre los componentes no nutricionales hay pocos microbios. Es característico de la dieta en los países económicamente desarrollados incluir alimentos procesados y estériles que contienen edulcorantes artificiales, conservantes, y en algunos casos extremos, incluso antibióticos. Alimentos funcionales probióticos pueden mejorar las funciones fisiológicas

específicas en el tracto gastrointestinal humano, por ejemplo, la defensa inmune del huésped, reduciendo así el riesgo de contraer enfermedades.

El principal efecto de los probióticos se caracteriza por la estabilización de la microflora intestinal. La terapia probiótica se basa en el concepto de una microflora saludable. Los probióticos pueden ayudar a estabilizar el intestino como medio ambiente microbiano y la permeabilidad de la barrera del intestino así como mejorar las respuestas sistémicas y mucosas IgA, promoviendo la barrera inmunológica de la mucosa intestinal. El enfoque probiótico, es decir, terapéuticamente el consumo de cultivos de microorganismos beneficiosos de la microflora humana sana, se convierte en una gran promesa para la prevención y tratamiento de condiciones clínicas asociadas con las funciones de barrera de la mucosa intestinal y el deterioro de las respuestas inflamatorias.

Entre sus posibilidades terapéuticas, podría estar incluso la prevención del cáncer de colon, ya que la flora intestinal interviene en esta patología y existe una estrecha relación entre el tipo de dieta y esta neoplasia maligna. De hecho, según Bernácer (2014) algunos estudios en animales han mostrado que los probióticos reducen el riesgo de cáncer de colon aunque esto no haya sido comprobado todavía en seres humanos. Esta autora también habla de los prebióticos, un tipo de hidratos de carbono que nuestro intestino no puede digerir, y tienen la capacidad de modificar de forma selectiva la flora intestinal, ya que son utilizados por los probióticos como sustrato alimenticio. De esta forma, favorecen el desarrollo de las bacterias beneficiosas del intestino disminuyendo la cantidad de microorganismos potencialmente patógenos. Se encuentran presentes, en cantidades moderadas, en algunos alimentos como plátanos, espárragos, ajo, tomates, puerro, trigo integral, alcachofa, cebollas o achicoria. Gracias a su capacidad para favorecer el desarrollo de las bacterias beneficiosas o probióticos, se consideran un suplemento apropiado cuando es necesario mejorar la flora intestinal.

Según Zhang and Huang (2015), la microbiota intestinal está íntimamente involucrada en numerosos aspectos de la fisiología humana normal, incluyendo la nutrición y el metabolismo, la modulación inmunológica y el comportamiento y la respuesta al estrés. La disbiosis intestinal (desequilibrio de la flora intestinal por ingesta de antibióticos, estrés, exceso de proteínas y azúcares simples en la dieta, etc.) puede ser una causa que contribuya a muchas enfermedades, alterando la función de sistemas de órganos cercanos y lejanos. Durante el embarazo, el cuerpo de la madre sufre cambios fisiológicos drásticos para apoyar el crecimiento del feto-placenta, mientras la disbiosis intestinal puede alterar directa o

indirectamente la remodelación de la balanza fisiológica, lo que lleva a una mala adaptación materna. Por lo tanto, la alteración de la composición de la microbiota puede afectar negativamente el resultado del embarazo y dar lugar a complicaciones en el embarazo a través de la interrupción de la adaptación materna. De hecho, las mujeres embarazadas con malas adaptaciones potenciales están en alto riesgo de trastornos del embarazo en desarrollo, que se observa cada vez más en los casos clínicos. La disbiosis intestinal puede provocar complicaciones en el embarazo a través de la adaptación que afecta a la madre y las posibles vías mecanicistas.

Los cambios en la concentración de las bacterias intestinales pueden contribuir al desarrollo o empeoramiento de muchos trastornos o enfermedades crónicas y degenerativas intestinales; desde la hinchazón abdominal y estreñimiento crónico hasta la enfermedad inflamatoria intestinal (síndrome de colon irritable) e incluso migrañas y enfermedades inflamatorias como la artritis reumatoide.

Estudios realizados indican que las dietas prebióticas (ricas en fibra) y probióticas (basadas en lácteos y leches fermentadas) favorecen el crecimiento de las bacterias intestinales beneficiosas. Por el contrario, las dietas hiperproteicas, pueden aumentar la producción de sustancias nocivas (amoníaco, aminos,...) por parte de las bacterias intestinales. Esto no quiere decir que estas familias sean gran consumidoras de lácteos pues en muchos casos consumen leches vegetales principalmente de avena y consumen kéfir o yogures para obtener los probióticos necesarios. En muchos casos elaboran incluso las leches vegetales con sencillas recetas en casa.

Asimismo, las dietas bajas en fibra o ricas en azúcares simples (presentes en mermeladas, zumos y refrescos), favorecen la disbiosis intestinal al aumentar la actividad de bacterias intestinales patógenas, secretoras de tóxicos. Los cursos de nutrición desarrollados en el grupo de crianza natural les llevan a evitar este tipo de tóxicos y a fomentar el uso de cereales integrales, verduras, frutas, etc.

Estudios científicos como el de Castro (2015) informan que en el intestino del neonato, en la glándula mamaria y en la vagina existe una microbiota específica y la aparición de un desbalance en su homeostasis provoca la aparición de patología. Los probióticos han demostrado ser un tratamiento efectivo en estos casos. En el neonato se utilizan en alteraciones gastrointestinales como la enterocolitis necrotizante, en las mastitis subagudas se presentan como tratamiento de primera línea y en la vaginosis bacteriana y la vulvovaginitis

candidiásica tienen un importante papel como adyuvantes al tratamiento antibiótico o antifúngico respectivamente.

Cuando la madre o el bebé tiene que ingerir antibiótico las madres de los bebés más pequeños aumentarán el consumo de probióticos para proteger la barrera intestinal cuyos beneficios llegarán al bebé por la leche materna. Cuando los bebés sean mayores tomarán también estos probióticos en pequeñas dosis bien en alimentos o con suplementos que los contengan.

Los probióticos son beneficiosos en el tratamiento de la diarrea aguda. Una revisión sistemática demuestra que el uso de probióticos reduce en un día la duración de la diarrea y disminuye el 59% el riesgo de que la diarrea persista más allá de 4 días. También disminuye en 24 horas la duración de la estancia hospitalaria. El efecto beneficioso de los probióticos es específico para cada especie. El uso de probióticos disminuye en un 50% la incidencia diarrea asociada a antibióticos. No se han descrito efectos secundarios de importancia en los ensayos clínicos realizados aunque se han descrito infecciones invasivas en niños inmunodeprimidos o portadores de vías centrales (Pérez, 2015).

Como decíamos anteriormente los bebés lactantes tendrán una mejor flora intestinal por ello existen estudios preocupados por la flora intestinal de los bebés que consumen leches de fórmula. Actualmente no hay datos suficientes para recomendar la suplementación rutinaria de las fórmulas infantiles con probióticos y/o prebióticos. Sin embargo, la administración de cualquiera de ambos componentes alimentarios de forma aislada o en combinación en los preparados de inicio o de continuación se ha asociado a efectos clínicos beneficiosos más allá de los primeros meses de vida. Entre ellos se incluyen la reducción en el riesgo de infecciones gastrointestinales y su tratamiento, el control de las manifestaciones de atopia, disminución del uso de antibióticos y una menor frecuencia de cólicos o irritabilidad. Además, los diferentes estudios realizados no han mostrado consecuencias nocivas de su consumo (Martínez, 2015).

3. Sueño infantil y colecho

El tratamiento del sueño infantil es uno de los ámbitos en que mejor se pueden apreciar los beneficios de las prácticas de la crianza natural. Compartir la cama en la práctica del colecho mejora la calidad del sueño del bebé como del del padre y la madre al, mejora la lactancia y sirve de factor de protección contra el denominado síndrome de muerte súbita del lactante.

3.1. El sueño infantil.

Durante miles de años, según Small (1999), nuestros bebés, niñas y niños dormían en compañía de sus cuidadores hasta que eran mayores. Desde el desarrollo de la cultura industrializada se modificó esta costumbre y se decidió poner a dormir a niñas y niños lejos de su madre y su padre para enseñarles a dormir solos. Esta decisión estuvo influida por circunstancias sociales, culturales, morales y económicas de aquella sociedad y se afianzó a finales del siglo XIX, cuando los manuales de pediatría de la época la institucionalizaron.

Justo en esa época comenzó el estudio científico del sueño infantil, que se encontró mayoritariamente con bebés, niñas y niños que dormían solos y no eran alimentados con lactancia materna según la costumbre ya plenamente integrada, en lugar de aquellos que dormían acompañados y con acceso al pecho de su madre para alimentarse y consolarse (McKenna, Ball y Gettler, 2007).

El tema del sueño en la crianza natural tiene que ver con el acompañamiento y con la necesidad del bebé de estar arropado y cerca de su figura o figuras de apego, por permanecer en el *continuum* que le nutre en lo físico y en emocional. La presencia de la madre es sinónimo de bienestar, tranquilidad y supervivencia, y los bebés, niñas y niños defienden estos comportamientos innatos fuertemente grabados en su instinto primal por lo que se continúan rebelando contra estas costumbres llorando y reclamando la presencia de los adultos para iniciar su sueño y comunicando claramente que no quieren dormir solos.

A algunos adultos tampoco les gusta el sueño en solitario pero no les obligamos a ello como hacemos y normalizamos con los bebés, niñas y niños. Este conflicto afecta también a los adultos pues el sueño de madres y padres se ve alterado comprometiendo así el descanso de toda la familia. De este modo, toda una tradición biocultural milenaria se perdió, dando al traste con el desarrollo natural de la práctica del sueño acompañado.

La ciencia médica, sin entrar en estas consideraciones, diagnosticó no la situación sino al paciente como afectado de “problemas del sueño infantil” pasando a la categoría de enfermedad con el nombre de "Insomnio infantil por hábitos incorrectos" o "Behavioral insomnia of childhood" (BIC) en referencia a las dificultades para empezar a dormir o seguir dormido por asociaciones inapropiadas o inadecuados establecimientos de límites según la American Academy of Sleep Medicine (2005)

De este modo, se consideró que la habilidad para dormirse solo sin la presencia de la madre o el padre y con capacidad para autoconsolarse y continuar dormido toda la noche la

tenían que desarrollar los bebés entre los tres y los seis meses de edad, y en caso de no conseguirlo, serían diagnosticados de BIC.

Para “curar” este problema ha habido dos aproximaciones: medicación y técnicas de adiestramiento o terapias cognitivo-conductuales (CBTs) tal y como recogen Berrozpe, Herranz y Sader (2015). Haciendo uso de investigaciones que demostraron que la medicación era ineficaz para este diagnóstico de insomnio por lo que se impusieron las CBTs. La primera fue la llamada *crying it out* (dejar llorar), *unmodified extinction* (extinción no modificada) o simplemente *extinction* (extinción) que consisten en dejar llorar a la criatura sola en su habitación, dentro de su cuna o cama, hasta que se callaba. Los estudios demostraron que era altamente eficaz para curar el BIC pero tenía un importante problema: la intolerancia de los padres y las madres para soportar el llanto incontrolado de su bebé durante horas por lo que se abandonó y en la década de los 80 apareció el *controlled comforting* (consuelo controlado), *controlled crying* (llanto controlado) o *graduated extinction* (extinción gradual), una técnica algo más “amable” ya que permitía hacer breves visitas al bebé en las que el cuidador/a podía consolarle mediante la voz en un ligero intento de entender y considerar las emociones infantiles aunque sin tocarle ni sacarle de su cama/cuna según recogen los autores de la técnica Rolider y Van Houten (1984).

Esta fue la técnica que Ferber (1985) explicó en un libro que sería *bestseller* mundial *Solve your child's sleep problems* para solucionar los problemas de sueño infantil y años después Estivill (1996), siguiendo su estela, en España un libro muy divulgado: *Duérmete niño*. Antes la difusión y éxito de estos libros, el mundo científico cuestionó seriamente tanto sus fundamentos como el desconocimiento del daño emocional que causan dichas prácticas conductistas (McKenna, 2007, Gehard, 2008, Liedloff, 2009). En nuestro país también se cuestionó la ética de esas prácticas (Jové, 2006, 2009; González, 2010) y se está investigando que el estrés generado a bebés por dichas prácticas puede ser causa de déficit de producción de serotonina e insensibilización de la amígdala que restaría oportunidades de desarrollo de confianza, autoestima y empatía, por lo que el asunto es más serio que una simple elección de estilos o métodos (Jové, 2009).

Como indican Berrozpe et al. (2015), las técnicas basadas en el *controlled crying* están tan arraigadas que todavía son la primera opción para muchos profesionales y familias a la hora de tratar el hipotético y culturalmente establecido BIC. Según Owens (2001) un 90% de los pediatras las recomendaban como solución al problema de los despertares nocturnos en bebés de 18 meses.

Hemos aludido en varias ocasiones a la interacción bidireccional entre biología y cultura. Desde hace años el concepto de *goodness of fit* (calidad del ajuste) define el equilibrio entre las necesidades de las hijas y los hijos y las exigencias de los padres y las madres determinadas por el ambiente cultural (Chess y Thomas, 1984). Solo hasta hace poco se ha pretendido el cambio en el comportamiento del niño o la niña para cumplir con el comportamiento culturalmente aceptado por lo que es momento de buscar el equilibrio entre las necesidades de todos los miembros de la familia e incluso de preguntarnos si nuestros estándares culturales son los óptimos para el desarrollo de los niños y las niñas (Jenni y O'Connors, 2005).

La construcción cultural que se hace respecto al sueño requiere de la consideración de razones neurobiológicas en cada etapa de crecimiento pues se trata de un proceso de maduración paralelo al desarrollo neurológico de cada bebé, niño o niña. Además, el sueño también tiene un componente instintivo, que dificulta que pueda enseñarse o aprenderse, como demuestra el hecho de que los fetos duerman. Los especialistas recomiendan respetar el proceso y aceptar que los despertares son inevitables y adaptativos, ya que cumplen una función preventiva. La extrema dependencia durante la infancia permite que los despertares aseguren atención y alimento durante la noche, impidiendo que se produzcan hipoglucemias.

3.2. El colecho.

El colecho es una práctica en la que los bebés y los niños/as pequeños duermen cerca de la madre y del padre en lugar de hacerlo en una habitación separada. Compartir la cama era una práctica generalizada hasta el siglo XIX, pero posteriormente se empezaron a habitar casas con más habitaciones donde se alojaba a los niños/as en habitaciones separadas y en cunas. Compartir la cama ha sido reintroducido hace relativamente poco en la cultura occidental por los practicantes de la crianza natural.

Esta práctica es defendida por la etnopediatría y la puericultura alternativa (González, 2007, 2008; Jové, 2006, 2009) como la mejor opción para el descanso de toda la familia y para lograr la autonomía segura del menor. La mayor parte de las culturas y sociedades, con excepción de la occidental en la actualidad, practica el colecho de modo generalizado, incluso las que cuentan con un desarrollo tecnológico puntero como Japón, donde los niños duermen con los progenitores de modo habitual según Massó (2010).

La teoría evolutiva sugiere que el sueño siempre debe ser estudiado en el contexto familiar y que los humanos evolucionaron a dormir en grupo. Dormir requiere el cese de la

conciencia y la capacidad de respuesta al ambiente externo, y el hecho de dormir juntos proporciona a los primeros seres humanos un aumento de la seguridad y la vigilancia de las amenazas externas como los depredadores nocturnos (Dahl y ElSheikh, 2007).

Los estudios relacionados con el colecho comenzaron a realizarse hace años, de hecho hace tiempo se constató que las hormonas del estrés presentan niveles más bajos en las madres y los bebés que colechaban, específicamente el equilibrio de la hormona del estrés, el cortisol, cuyo control es esencial para el crecimiento sano del bebé (Hofer, 1983).

Entre las familias que colechan, se encuentran situaciones diversas por lo que se sugieren dos grupos distintos: el colecho intencional y el colecho reactivo. El primer grupo tiene incorporado el colecho a su rutina familiar mientras que el segundo no tiene intención de hacer colecho aunque lo practique. El grupo de reactivos se diferencian en “remediadores” y “cededores” en función de los intentos de los padres y las madres para mantener a los niños/as en sus camas propias (Stewart y Riegle, 2014).

Mientras que algunas familias ven el colecho y el dormir con sus hijos/as como parte de su estilo de vida, otras lo hacen como resultado de priorizar el objetivo a corto plazo de cumplir con la necesidad diaria de sueño de la familia pero con el deseo de que sus hijos/as duerman de forma independiente. (Stewart et al., 2014).

El colecho ha sido históricamente una práctica controvertida en Estados Unidos, a pesar de la poca evidencia de sus efectos negativos (aparte de la relación con el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante [SIDS]). Hubo un aumento de la conciencia de esta práctica en la década de 1970, incluyendo el desarrollo del concepto de la "cama familiar" (Thevenin 2003), y poca atención posterior. No obstante, el colecho es relativamente común y ha ido en aumento de manera proporcional a la incorporación al trabajo de las mujeres, los estilos de crianza progresistas, y los estilos de vida con el tiempo comprimido de las familias modernas, dado que las familias que lo practican afirman que tienen un mayor descanso (Stewart et al., 2014; Colson, 2013).

En cuanto a cifras en España, no existen datos publicados sobre la frecuencia del colecho, aunque se cree que está más extendido de lo que en principio se podría suponer. En Inglaterra, se sabe que la mitad de los neonatos y la quinta parte de los lactantes pasan cierto tiempo de la noche en la cama de los padres. Otros países de nuestro entorno informan cifras similares o mayores en lactantes menores de tres meses: Irlanda (21%), Alemania (23%), Italia (24%), Escocia (25%), Austria (30%) o Suecia (65%). En países donde las tasas eran menores, las cifras de colecho han aumentado con el incremento de la prevalencia de la

lactancia materna. La proporción de niños/as que comparten la cama durante la noche es tres veces mayor en los amamantados que en los no amamantados (Landa, Díaz–Gómez, Gómez, Paricio, Pallás, Hernández, Aguayo, Arena, Ares, Jiménez, Lasarte, Martín y Romero, 2012).

El colecho promueve estrechos lazos familiares y sensación de seguridad lo que a su vez repercute en mejor sueño. Además, muchos estudios indican que el colecho tiene numerosas beneficios en la salud de los padres, las madres y los niños/as, incluyendo la facilitación de la lactancia materna, la regulación de la respiración, y una reducción de la hormona del estrés cortisol (Ball 2006; McKenna 1996).

Hay beneficios del colecho incluso en la estabilidad en la fisiología de los bebés, incluyendo temperaturas más estables, ritmos cardíacos más regulares y menos pausas largas en la respiración que los bebés que duermen solos. Además de estas ventajas fisiológicas y otras físicas en el desarrollo, el colecho también promueve la salud emocional a largo plazo (Field, 1995). En estudios de seguimiento a largo plazo de los niños que dormían con sus padres y los que dormían solos, los niños que dormían juntos se mostraban más felices, menos ansiosos, tenían una mayor autoestima, menos propensos a tener miedo de dormir y con menos problemas de comportamiento, más cómodos en la intimidad, y eran generalmente más independientes como adultos (Crawford, 1994; Heron, 1994; Keller y Goldberg, 2004).

Entre los principales factores negativos que encuentra el colecho se encuentran la calidad del sueño de los miembros de la familia y la limitación de la actividad sexual de la pareja al erosionar la intimidad al tener hijos/as en la cama, además de la preocupación por la seguridad del bebé. Los padres más involucrados en el colecho son aquellos cuyas parejas continúan con la lactancia materna y duermen al lado del niño/a con poca o ninguna interacción padre–hijo a pesar de estar en la misma cama. La presencia del padre en la cama no afectó a las interacciones madre–hijo/a (ni a su postura o posición) durante el sueño y no se evidenciaron riesgos para la seguridad (Baddock, 2007). Las madres tienden a estar próximas a sus bebés mientras que los padres tendían a dormir distanciados de los niños/as y fuera de su alcance según además los padres eran mucho más propensos que las madres a dormir toda la noches sin apreciar los despertares de los bebés (Ball, 2006).

Sunderland (2007) aconseja a los padres y a las madres evitar tabúes respecto al colecho y dormir con los niños y las niñas hasta los cinco años pues esta práctica aumenta la probabilidad de niños/as sanos y tranquilos. Esta autora advierte a las familias que la ansiedad por separación de los bebés, niños y niñas puede ser perjudicial por el aumento del estrés y el cortisol. Otros beneficios del colecho, habitual o esporádico, son disminución de apneas,

favorecimiento del vínculo y desarrollo neural del cerebro, sincronización del bebé se con su madre en movimientos, buena respiración, despertares plácidos y ciclos de sueño regulares (Landa et al., 2012).

Esto también ha llevado a diversos estudios provenientes de la antropología, la etnología, la etología o la neurología a cuestionar no sólo las técnicas en sí mismas, sino la misma costumbre de poner a los bebés a dormir solos, aclarando el origen cultural y no biológico de esta. Una mayor sensibilización y atención a las necesidades biológicas y emocionales de bebés, niñas, niños, padres y madres hizo que el colecho dejara de verse como peligroso ante las evidencias de sus efectos positivos y en la actualidad los pediatras y profesionales informados han dejado de atacarlo.

3.3. Colecho, lactancia y síndrome de muerte súbita del lactante.

El colecho y la lactancia están interrelacionados de tal manera que se potencian mutuamente. A mayor tiempo de colecho es posible desarrollar una lactancia más prolongada y viceversa, lo cual convierte al colecho en una practica estratégica para vencer las dificultades que surgen durante el periodo de lactancia.

Con el aumento en la prevalencia y duración de la lactancia materna, se ha observado paralelamente un aumento de la práctica del colecho, que posiblemente se de con más frecuencia que la reconocida en las encuestas (Landa et al., 2012). Otro beneficio del colecho respecto a la lactancia es el efecto protector que tiene sobre el riesgo de destete temprano. Los bebés amamantados en colecho triplican el tiempo total empleado en lactancia respecto a los que duermen en cunas o camas separadas. (Santos, Mota, Matijasevic, Barros y Barros, 2009).

Las bajas tasas de lactancia materna entre los lactantes españoles y del resto del mundo son un problema de salud pública de primera magnitud por los importantes riesgos que trae consigo la falta de amamantamiento, para la salud presente y futura de niños, niñas y mujeres (Paricio, Lizán, Otero, Benlloch, Beseler y Sánchez,2006; Pallás y Baeza, 2006). Esta es la razón de que el colecho se convierta en una práctica ideal para facilitar la lactancia materna.

Las madres que comparten la cama con el bebé y le alimentan con lactancia materna a los tres meses de vida es más probable que continúen haciéndolo al año de vida, probando así la relación entre colecho y lactancia materna prolongada y reconocido el colecho como un factor protector incluyendo la disminución de la morbimortalidad de los lactantes (Esparza y Auzpurua, 2010).

Los defensores del colecho sostienen que, además de facilitar la lactancia materna, compartir la cama salva vidas de muchos bebés, dado que el colecho actúa como factor de protección ante la denominada SMSL (síndrome de muerte súbita del lactante), con evidencias de que en los países asiáticos donde la práctica del colecho es generalizada, sobre todo Japón donde se el colecho durante toda la infancia, el SMSL es tan raro que no tiene nombre, mientras que en EEUU la muerte súbita es la mayor causa de mortalidad infantil con casi un deceso por hora (Sunderland, 2007).

Sin embargo, existen asociaciones y organizaciones pediátricas que recomiendan evitar el colecho por relacionarlo, precisamente, con la muerte súbita del lactante, basándose en estudios en su mayoría no controlados y bajo la influencia de factores de riesgo no tenidos en cuenta. Landa et al., (2012), tras una revisión exhaustiva sobre colecho, lactancia y muerte súbita del lactante, encuentran el colecho como una práctica beneficiosa para la lactancia y concluyen que, bien practicado, evitando factores de riesgo, no guarda relación con la muerte súbita del lactante.

Las razones que hacen del colecho un factor protector contra el SMSL tienen que ver con que el lactante duerme en sincronía con su madre, se despierta con más facilidad y más a menudo que los lactantes que duermen solos, acortando la fase de sueño profundo, lo que les protege frente a la muerte súbita del lactante. Estos bebés maman más a menudo para lograr consuelo y alimento, sin apenas despertar a la madre, a quien la secreción de oxitocina facilita la conciliación del sueño. Los bebés que duermen junto a sus madres aprenden los ritmos maternos y, en consecuencia, su forma de dormir se asemeja más a la de un adulto, facilitando la autorregulación mutua, muy necesaria para el crecimiento adecuado según Landa et. al., (2012).

Estos autores encuentran paradójico que, siendo la cuna el lugar donde se documentaran los primeros casos de SMSL llamado por ello “muerte en la cuna” (del inglés *cot-death*), se convirtiera en pocos años en el “sitio estándar” para el descanso del bebé. Esta aceptación universal, que conlleva la separación del bebé de sus padres y madres responde mejor a las expectativas del mundo industrializado, ha podido influir para que los investigadores no lo vieran como un factor de riesgo y se centraran en otros factores. Siguiendo ese enfoque, se ha tomado el colecho como factor de riesgo en sí mismo, dejando de lado circunstancias que también afectan a los que duermen en la cuna, como el tipo de lactancia, la posición del niño/a en la cama o el tipo de superficie, y otros como la obesidad de los padres o el consumo de sustancias adictivas (tabaco, alcohol, medicamentos y drogas de abuso).

Es el caso de la posición boca abajo para dormir se hicieron campañas en contra que lograron gran impacto en la prevención del SMSL, de modo que prácticamente todos los profesionales y familias conocen que la postura adecuada para dormir es boca arriba. Sin embargo cuando el bebé está despierto es beneficioso ponerle algunos ratitos al día boca abajo para promover un buen desarrollo psicomotor.

Como es fácil imaginar, muchas mujeres llevan a sus hijos/as a la cama para amamantarlos durante la noche, ya que es frecuente que se despierten y se muestren intranquilos en solicitud de alimentación y consuelo. Una vez consolados, las madres suelen caer dormidas junto a su bebé por un tiempo variable. Las madres que amamantan colocan a sus hijos e hijas junto a ellas en posición supina para facilitar la succión al seno y mantienen una actitud expectante de sueño ligero en un claro papel de vigilancia del sueño del niño (Ball (2007).

Porter (2007) afirma que no existe evidencia científica firme que desaconseje la práctica de colecho en los bebés amamantados, en ausencia de factores de riesgo conocidos, mientras que sí hay evidencia de los efectos nocivos del consumo sistemático de fórmulas lácteas infantiles y de las prácticas disruptivas en la relación materno filial como acostumar a los niños/as a dormir solos, a que lloren, a que se alimenten cuando les toca, cuya consecuencia futura puede ser la aparición de conductas disfuncionales en estos lactantes.

4. Educación y cuidados del bebé.

Las prácticas educativas en el modelo de crianza natural se orientan al beneficio del niño o la niña priorizando su bienestar e intentando también el disfrute compartido de prácticas con los adultos. El principal beneficiario de esta educación instintiva es el niño o la niña lo que requiere un elevado compromiso y dedicación de las familias. El resultado son niños y niñas que perciben un entorno seguro y con sus necesidades satisfechas, lo que les permite estar más a gusto consigo mismos y en la relación con los demás. Los padres y las madres también se muestran más cómodos al desarrollar prácticas que están en consonancia con lo que el cuerpo e instinto les pide.

Estas familias ceden su tiempo y dedicación en el intento de criar a niños satisfechos, seguros, empáticos, pacíficos y cooperativos. Aunque algunos estudios aluden a un factor innato humano en la agresividad y el individualismo, la sociedad occidental fomenta estos valores a diferencia de otras culturas donde las personas apoyadas por la crianza y su cultura muestran predominancia por los valores colectivos y sociales.

Destacamos en esta apartado tres ámbitos en los que se pueden apreciar bien las prácticas de la crianza natural respecto a los cuidados y educación de los hijos e hijas: la atención emocional en el llanto, el modelo de educación y escolarización y, por último, el papel de la pareja en la crianza natural

4.1. Atención al llanto.

El llanto del bebé constituye, además de un sistema de comunicación y una estrategia de adaptación y supervivencia, un mecanismo instintivo de regulación interna y la comunicación de una necesidad que requiere una respuesta, dada su vulnerabilidad.

El llanto ha sido el comportamiento seleccionado por la evolución para asegurar la supervivencia a lo largo de la humanidad, y mientras la biología profunda de los bebés continúa reaccionando igual ante la separación de su cuidador/a, la cultura ha modificado su respuesta.

Las familias a menudo tienen dificultades para diferenciar el llanto relacionado con la separación o el sufrimiento emocional del llanto producto de sueño, hambre o cólicos. No atender el llanto del bebé tiene como consecuencia un aumento de segregación de hormonas de estrés como el cortisol, que es perjudicial al ser un inhibidor del crecimiento neurológico.

La etnopediatría presenta la atención y acompañamiento al llanto como una respuesta constante en las familias de diferentes culturas preindustriales. En estas culturas, las familias reaccionan inmediatamente al llanto del bebé pues entienden que este es el modo en que sus pequeñas criaturas dependientes se comunican y manifiestan sus necesidades de atención. Se interpreta el llanto como expresión de un malestar y como medio de conseguir la satisfacción de sus necesidades. Los acercamientos al bebé son en ocasiones para calmarle y en ocasiones para acompañarle, conscientes de la necesidad que tienen sus hijos/as de comunicación y expresión emocional a través del mismo.

Este tipo de atención al llanto es ofrecida por muchas familias en otros modelos de crianza, pero la diferencia en el modelo de crianza natural estriba en que esta concepción del llanto conlleva que omitan cualquier tipo de conducta que considere el llanto del bebé como parte de una instrucción o aprendizaje conductista al tiempo que evitan considerar el llanto como un medio de manipulación de los niños y las niñas hacia los adultos. Estas familias reaccionan de manera biológica, instintiva y emocional, que es atender el llanto de sus bebés y renuncian a aplicar prácticas educativas que les inciten a dejar llorar o ignorar a sus bebés.

Los bebés mamíferos, como hemos visto, son sumamente dependientes y las madres y los padres están atentos a las señales, las expresiones faciales o los gestos, que pueden identificar para responder a las llamadas, en ocasiones incluso antes de que se produzca el llanto. En estos casos intentan anticiparse a un posible malestar del bebé que le haría reaccionar con el lloro.

Hay correlación entre la duración del llanto y la duración del amamantamiento. Los bebés alimentados a pecho por períodos prolongados lloran menos, como sucede en momentos en los que los bebés comienzan a moverse buscando el pezón de su madre para alimentarse y ella le ofrece el pecho antes de que se produzca el llanto. En ocasiones antes de irrumpir en llanto el bebé produce un leve gimoteo ante el que responden los cuidadores/as. Así los bebés de pecho lloran menos que los alimentados con leche de fórmula posiblemente tanto por el efecto analgésico y tranquilizante de la lactancia materna como por la rápida respuesta que permite la lactancia natural (Baildam, 1995). La separación de la madre también produce 10 veces más llanto en los 90 minutos primeros de vida en comparación con el piel con piel según Michelsson (1996).

Un error común consiste en pensar que el recién nacido tiene que llorar para expandir sus pulmones o que hay diferencias según el sexo, ante lo que Palchik (2007) afirma que bebés o niños/as de ambos sexos lloran aproximadamente lo mismo, y sólo durante la pubertad las chicas comienzan a llorar más que los chicos.

En otros momentos en los que el llanto es consecuencia de un estado de ánimo de tristeza, enfado o ira las familias optan por acompañar a su hijos-as en unas ocasiones en silencio y en otros casos verbalizando la posible frustración, tristeza, ira o enfado experimentado por el niño o la niña.

Los padres y las madres se sienten bien al atender el llanto de sus hijos e hijas e incluso anticipándose a situaciones que generan malestar al bebé evitando que se desencadene el mismo en determinadas ocasiones. Esta relación mejora el conocimiento mutuo y aumenta el nivel de confianza y bienestar. El bebé confía en que su padre o madre reaccionará ante sus necesidades y estos se sienten seguros de responder a las necesidades y demandas del bebé procurándole bienestar en todo momento.

La mala praxis de dejar llorar a los bebés, llevó en el año 2005 a un grupo de profesionales de la educación y de la salud a difundir un manifiesto o declaración sobre el llanto infantil. En este documento se recoge que el bebé siempre llora por algún motivo: sueño, miedo, hambre o falta de contacto físico con su madre u otra figura de apego. Solo en

nuestra sociedad occidental consideramos normal dejar llorar a los bebés mientras que en otras culturas los bebés no lloran o lloran menos. En su continuum filogenético no está previsto que ese llanto no sea atendido por lo que el bebé no entiende de esperas.

En la Asociación Primal, a pesar de que aprobaron las virtudes educativas del texto, no lo apoyaron al considerar que contiene premisas incorrectas, como decir que no es normal que los bebés lloren, cargando a los progenitores con la culpa de que algo están haciendo mal e incitando a no permitir su llanto. Consideran que los bebés con cierta frecuencia necesitan llorar para procesar sucesos traumáticos o descargarlos a través del llanto. Por ello se sugirió que la redacción recogiera que, aun siendo frecuente que los bebés lloren, no es bueno que lloren solos, se trata de darle seguridad para que pueda llorar en los brazos protectores de sus padres, madres, cuidadoras o cuidadores y desahogar cualquier malestar que sienta (Asociación Primal, 2005).

Odent (1999) demuestra la relación directa entre estas malas prácticas de diferentes modelos de crianza y las enfermedades que sobrevienen en la edad adulta. La violencia creciente en todos los ámbitos tanto públicos como privados según Miller (1980) y Prescott (1975) tiene su origen en el maltrato y la falta de placer corporal en la primera etapa de la vida humana. Otros estudios demuestran la correlación entre la adicción a las drogas y los trastornos mentales, con agresiones y abandonos sufridos en la etapa primal.

Cada vez más estudios afirman que el amor, la atención o el contacto físico no dañan y lo contrario sí puede hacerlo, sobretodo en los primeros meses de vida. Un bebé sufre por falta de contacto físico o lejanía de su padre o su madre y si esto se repite se hace necesaria una desconexión temporal de esta necesidad como mecanismo de supervivencia. El llanto también ayuda al bebé a gestionar el estrés al igual que el temblor, el sudar, el bostezar o el reír restaurando la homeostasis. A veces nuestra sociedad y su continua represión del llanto según Alvarez (2005) impide este equilibrio necesario.

Una manera de reducir el llanto del bebé es reduciendo el estrés al que se le expone por eso se recomienda un embarazo relajado, un parto natural, mucho contacto físico y lactancia materna, así como una alimentación adecuada, la protección del bebé a situaciones difíciles, temerosas, frustrantes y de estimulación excesiva, así como el cuidado de las necesidades físicas y emocionales de las personas que están en contacto con el bebé para tener un estado apropiado desde el que cuidar y satisfacer las necesidades propias de niños y niñas en entornos de “llanto controlado”.

La crianza requiere paciencia de los padres y las madres para ofrecer la atención que el bebé precisa. Las recomendaciones anteriores precisan la diferenciación de los conceptos de protección y sobreprotección pues conviene no proteger a los bebés de la vida misma, ya que crecer y aprender están acompañados de un mínimo de dolor y de frustración. La labor, como padres, madres, educadoras o educadores, no debe consistir en sobreproteger a los bebés contra toda dificultad, dolor o frustración, sino más bien en acompañarles, guiarles o ayudarles a tratar los sentimientos y sensaciones resultantes.

Es habitual en nuestra sociedad relacionar el llanto del bebé con hambre o sueño, la primera preocupación lleva a algunas madres a sustituir pecho por biberón al interpretar el llanto como signo de más hambre. Las investigaciones concluyen que es la alimentación a intervalos breves junto con la respuesta maternal la que reduce el llanto y no la introducción del biberón. Además el llanto se produce a menudo por necesidad de contacto.

Otra razón habitual en nuestra sociedad es atribuir el llanto a cólicos pero los cólicos tienen tres signos: el llanto dura más de tres horas, más de tres días y durante más de tres semanas. En muchos casos aparecen de forma súbita sin causa médica que explique el malestar del niño/a. En los últimos años diferentes estudios sí que encuentran una disminución de los mismos en los bebés que son porteados durante varias horas al día. Los bebés occidentales lloran durante más tiempo y desarrollan cólicos debido posiblemente al estilo de crianza desapegado de nuestra cultura, que está en confrontación con la biología infantil (Small, 2006). En la mayoría de bebés no occidentales según no se da el cólico del lactante. La posible explicación a ello es, precisamente, el contacto corporal constante y, en gran medida, en posición vertical, del bebé anudado al cuerpo de su madre. Tampoco los terribles dolores de dientes parecen encontrarse en la mayoría de bebés de otras culturas y en algunos países se utilizan los collares de ámbar por sus propiedades analgésicas (González, 2008).

Se recomiendan por tanto técnicas que ayuden a prevenir o calmar el llanto como el Método Canguro beneficioso incluso en procedimientos dolorosos y durante periodos post-operatorios. También se ha encontrado eficaz la succión no nutritiva en recién nacidos como efecto calmante encontrando mejoras en la saturación de oxígeno durante procedimientos dolorosos y aumentando su efectividad cuando es combinada con la administración de glucosa.

Diversos estudios asocian el llanto a elevación de la frecuencia cardíaca, incremento de la presión sistólica y diastólica, disminución de la presión de pulso, disminución de niveles de

oxígeno, aumento de cortisol, estrés y alteración bioquímica, aerofagia, cólicos, dificultades con el foramen oval que puede ocasionar disfunción cardíaca, riesgo de distrés en madre y bebé así como alteración de la interacción social y el apego, riesgo de sentimientos de poca eficacia y depresión, ansiedad, cansancio, enojo y problemas maritales (Ludington–Hoe, Cong y Hashemi, 2002).

Según Palchik (2007) hace años faltaban técnicas para estudiar las repercusiones del llanto a nivel cerebral pero en la actualidad el desarrollo de las técnicas de neuroimagen ha permitido ampliar información sobre las consecuencias del llanto. De modo que se considera en algunas situaciones, su efecto relajante y en otras, su efecto estresante. La repetida estimulación del sistema simpático puede causar presión arterial alta crónica, acumulación de depósitos de grasa en las arterias de la sangre, ataques cardíacos, trombosis, etc. Un exceso de glucocorticoides causados por el estrés puede dar origen a muchos efectos secundarios incluyendo irritabilidad, aprensión y la inhabilidad de concentrarse. Una consecuencia más seria sería la supresión del sistema inmunológico. Los individuos que están continuamente o severamente estresados tienen niveles de ACTH y glucocorticoides altos, y se ha demostrado que esto está fuertemente relacionado a una resistencia menor a las infecciones. Por otro lado el llanto es un proceso fisiológico en el cual se produce una mejora de la tensión, la disminución de la presión sanguínea, la relajación muscular y un efecto sedante generalizado, que ayuda a restaurar los niveles hormonales a valores normales originales.

Los estudios nos llevan a plantearnos qué prácticas podríamos adoptar en nuestra cultura para beneficio de los modelos de crianza de nuestros hijos e hijas. Actualmente sabemos que es justamente lo que necesita el bebé y que forma parte de las necesidades biológicas y emocionales de la infancia. Sus conclusiones reafirman las prácticas de crianza natural relacionadas con la atención de las necesidades del niño/a así como los beneficios de cogerles en brazos y tenerles cerca del cuerpo para responder rápidamente a sus demandas, acompañar su llanto, ofrecerles apoyo emocional y ayudar en la recuperación de ciertos malestares o problemas de salud.

4.2. Educación y escuela.

En este capítulo dedicado a los cuidados del bebé y a la educación era de interés abordar las decisiones de estas familias relacionadas con la escolarización de los niños y las niñas. En un modelo donde se promueve el contacto continuo, la dedicación a hijos e hijas y la

responsabilidad familiar en cuestiones de aprendizaje cabría esperar que se retrasara e incluso se prescindiera de la escolarización no obligatoria u obligatoria.

La familia es considerada el núcleo base de la sociedad, es en ella donde se recibe la educación para la vida, es la primera escuela social donde se entregan los cimientos para la formación socioafectiva y de relaciones interpersonales, como afirma. La escuela contribuye a esa formación buscando el desarrollo integral y libre de la persona. Ambas, familia y escuela, se constituyen en aliadas frente al claro propósito de formar a las personas en su desarrollo individual y social (Gubbins, 2002, citado en Navarrete, 2011).

En el ámbito escolar las expectativas de revolución educativa que acompañaban al comienzo de siglo parecen tener grandes dificultades de transferencia a la realidad y generalidad de las instituciones educativas. Posiblemente tanto el ámbito familiar como el escolar estén afectados por similares circunstancias sociales, económicas, políticas y tecnológicas que son a la vez impulso y freno para sus transformaciones. Así tras los avances manifiestos en el ámbito infantil en el siglo XX a nivel legislativo, escolar y familiar, se advierte en el siglo XXI en Occidente una gran inseguridad familiar, escolar y social en relación con la socialización de niños y niñas (Etxebarria, Apodaca, Fuentes, López y Ortiz, 2009).

Escuela y familia han compartido a lo largo de la historia la crianza, socialización y preparación para la vida de los niños y niñas en actitud colaborativa y hasta hace pocas décadas compartiendo una alianza común, que ante la complejidad actual se encuentra alterada o enfrentada en el momento en el que más precisarían colaborar mutuamente (Martiniá, 2003).

Algunas familias, ante la desconfianza hacia el escenario escolar, las metodologías tradicionales, la falta de verdaderos principios o participación familiar buscan alternativas en la educación en el hogar o *homeschooling*. La educación en casa busca una alternativa educativa para aumentar el rol educativo de padres y madres, y no tiene que ver nada con la irresponsabilidad de una ausencia de escolarización, caso de delito al privar al menor de un derecho constitucional. La escuela como producto histórico y cultural está en crisis y en esta nueva era precisamos una escuela que responda a verdaderos principios constructores de valores y humanidad y que satisfaga pragmáticamente las demandas del presente (Jorge, 2006).

Las principales críticas y alternativas a la institución escolar desde la corriente desescolarizadora que propone Belando–Montoro (2014) y que se pueden ver en la tabla 5, tienen mucho que ver con los postulados de los modelos de crianza natural:

Tabla 5: Síntesis de las principales críticas y alternativas a la institución escolar desde la corriente desescolarizadora (Belando–Montoro, 2014)

CRÍTICAS	ALTERNATIVAS
<ul style="list-style-type: none"> - Es antidemocrática - Es un agente de desigualdad social y económica - Ejerce represión sobre los niños - Es ineficaz - Anula la libertad del niño - Hay una falta de comunicación entre profesor y alumno - Promueve la competitividad - Desconexión entre escuela y realidad - Es una institución deseducadora - Suprime la creatividad y la espontaneidad intelectual - Monopoliza el saber 	<ul style="list-style-type: none"> - Importancia de los medios de comunicación de masas y, especialmente, de la tecnología informática y audiovisual en la educación (son pedagógicamente más eficaces que la escuela). - La educación es función de toda la sociedad. Propuesta de la sociedad educadora/ciudad educativa. - Algunos autores proponen la supresión total de la escuela, otros apoyan la idea de complementar la formación con las diversas variantes de la educación no formal y de la educación informal. - Potenciar las actividades libres, espontáneas y creativas. - Protagonismo del alumno en su propia formación. - Los maestros aparecen como coordinadores, consultores, etc. de las actividades formativas. Pero también se propone que todo adulto pueda ejercer como educador. - La educación debe responder a las necesidades de las sociedades en constante cambio. - Importancia del aprendizaje permanente.

Las razones que motivan esta práctica son casi tantas como las familias que las adoptan. Estos padres y madres alegan razones de desconfianza hacia el sistema educativo, creencias religiosas o convicciones personales, con una constante: quienes adoptan este sistema consideran que sus beneficios son múltiples y reconocen que resulta más gratificante y seguro hacerse cargo de la educación de sus hijos e hijas (Canalda, 2014).

Goiria (2012) se refiere a esta educación como “desescolarizada” y explica que es aún un fenómeno minoritario en el Estado Español, pero en momento de expansión y en base a decisiones conscientes de familias que no quieren delegar esta responsabilidad en instituciones públicas o privadas y usan sus propios medios sin reclamar asistencia al Estado salvo el ordenamiento jurídico que reconozca esta opción como lícita como sucede en otros países de la Unión Europea.

Entre los niños y las niñas que hacen escuela en casa hay según dos tipos: unos están matriculados en algún centro a distancia, siguen un horario y el currículo oficial del ministerio

de educación y otros no están matriculados, no están sujetos a horario ni siguen currículo oficial buscando el aprendizaje en todas partes en lo que se conoce como *unschooling* (Canalda, 2014).

Galán (2015) alude al problema número uno del *homeschooling*: la socialización, que se convierte en el principal argumento de sus detractores, a pesar de los problemas que conlleva la convivencia en la escuela como el acoso escolar, las influencias no deseadas, las imposiciones en un ritmo vertiginoso, lo que provoca que otras actividades de socialización tengan más valor, como actividades extraescolares o los contactos con amistades o familiares de la misma edad.

También hay modelos mixtos denominados *flexischool* que no están de acuerdo con algunos aspectos de la escuela, pero que no se cierra en banda a todo el sistema escolar. Cada familia tiene diferentes posiciones respecto a los aspectos que ven menos convincentes de la educación reglada: jornadas largas fuera de casa, las exigencias y el estrés de la vida escolar, la agresividad del ambiente escolar, el tratamiento poco diferenciado que se ve en las edades, ratios elevadas. Por el contrario, ven clara las ventajas de la socialización, la evaluación, la calidad de los profesionales y la especialización de la oferta, lo que ha provocado diferentes modelos mixtos en el Reino Unido de educación de pocas materias en la escuela, o en Estados Unidos con el acceso tardío (Urpí, 2010).

Existen investigaciones sobre la educación en casa y su relación con las filosofías de crianza. En un reciente estudio realizado en Australia se recoge que la razón por la que los padres y las madres deciden educar en casa está profundamente arraigada en sus creencias sobre la crianza de los hijos/as. English (2015) encuentra afinidad entre esta modalidad escolar y el modelo de crianza natural.

La educación en casa nos ha acercado a la realidad de padres y madres que optan por asumir la responsabilidad integral de la educación de sus hijos e hijas y, esta decisión, polémica, nos ha mostrado el mantenimiento de un núcleo seguro donde continúa de manera íntima el desarrollo respetuoso de la educación del niño/a en etapas de escolarización obligatoria. Respecto a las etapas de escolarización no obligatoria se percibe en estas familias una extensión de los permisos de maternidad y paternidad que permitan acompañar a niños y niñas en sus primeros meses y años así como una incorporación tardía los jardines de infancia o escuelas infantiles. Bien, como decimos, porque un amplio número de padres y madres asumen esta responsabilidad, bien porque otros la delegan en personas de su confianza, familiares principalmente. También es característico de estas familias la búsqueda de centros

alternativos de educación donde se respeten los ritmos de desarrollo y la individualidad de cada niño/a en entornos flexibles y afectivos vinculados a pedagogías o metodologías como Montessori, Reggio Emilia, Waldorf, etc.

En este ámbito de opciones alternativas en los últimos años también están cobrando fuerza alternativas como la “mamá de día” o el “papá de día” para el cuidado de los bebés de madres y padres que se incorporan al mundo laboral y buscan un entorno familiar de atención para sus hijos e hijas. Esta iniciativa desarrollada en países como Francia, Países Bajos o Reino Unido está empezando a regularse en comunidades autónomas como Navarra, Aragón, Madrid, Barcelona o Valencia aunque existan en prácticamente todas las provincias españolas. Se trata de personas formadas en disciplinas relacionadas con la educación infantil, la manipulación de alimentos y primeros auxilios que trabajan como autónomos/as en sus casas atendiendo a un grupo reducido de 4–5 niños o niñas entre los que habitualmente se encuentra el hijo o hija de estas.

Este tipo de contextos generan confianza en las familias sobre el respeto a los diferentes ritmos madurativos de bebés, niños y niñas en lo que respecta a su desarrollo y necesidades. Ofrecen ambientes acogedores y cercanos que respetan las prácticas educativas de las familias en cuestiones relacionadas tanto con el ámbito físico como el emocional. Cabe citar como ejemplo el respeto al momento adecuado de retirada de pañal y control de esfínteres o la alimentación ajustada a las propuestas de las familias,

Estos entornos intentan reducir el estrés que la escolarización supone para niños y niñas al tiempo que facilitan los periodos de acogida y la presencia de las familias en las actividades. Sunderland (2007) recoge que existen estudios de menores de 5 años que demuestran que en más del 90% de estos el nivel de cortisol aumenta cuando van a la guardería y en el 75% de los casos disminuye al volver a casa.

Lejos de pensar que el estilo parental de crianza es un don de la naturaleza, es necesario tener la conciencia de que la formación para ser padre o madre es una actividad imprescindible, eso sí, mediante un modelo formativo que parta de las creencias y de la situación concreta de las experiencias a las que los progenitores deben enfrentarse.

El modelo de crianza natural, pensado en principio para servir al bebé, genera desde el primer momento una transformación de todo el sistema familiar, por lo que sus beneficios actúan en una espiral de transformaciones y desarrollos que dinamizan el bienestar de todos sus componentes.

4.3. Pareja y crianza natural.

El papel desempeñado por los padres en este tipo de crianza es primordial entre otras razones por la crítica difundida sobre su falta de implicación en la crianza y particularmente en este modelo de crianza natural. Los hombres que optan por este modo de crianza parten de unas ideas y valores que van mucho más allá de su rol de género, se implican y comparten responsabilidades y cuidados como el baño, coger en brazos, portear, preparar la comida de la criatura, tareas que, cuanto más se compartan a partes iguales mayor vínculo generará entre la criatura y ambos progenitores.

Durante el primer año, los padres que eligen este modo de crianza cuidan tanto del bebé como de la madre para que pueda atender al bebé, así como de todo el trabajo doméstico. Los hombres que practican este modelo de crianza rompen así con roles tradicionales de género entregándose a las responsabilidades que realmente exige el cuidado de una criatura. Esto sin duda contribuirá a la transmisión de roles diferentes al niño o niña en el entorno familiar. Un modelo de crianza que implica esta dedicación al niño y la niña es más fácilmente asumible por parejas que comparten responsabilidades en la crianza. Más adelante, la niña o el niño verá que tanto su papá como su mamá están ahí para guiarle y enseñarle a ser una persona libre que es querida y que se quiere a sí misma. (García–Vidal, 2013).

Múltiples estudios recogen la importancia de que la madre y el padre estén unidos en su preocupación por el niño/a, hayan compartido el embarazo y el parto de modo que exista una buena y sólida relación afectiva entre ellos desde la que construir la relación con su bebé. UNICEF (2004) alude a esta necesidad de crianza compartida y de distribución de tareas en el hogar comentando la importancia de que el padre cambie pañales, acune al bebé, le lleve de paseo, le duerma, le bañe y le demuestre cariño y afecto. Así como de que participe en tareas de cocina, lavado, plancha, atención a otros hijos/as, realización de compras, etc. Recoge también la importancia de que ambos miembros de la pareja puedan expresar sus sentimientos y emociones.

Estos padres son hombres seguros de sí mismos que disfrutan compartiendo las tareas del cuidado de la casa y el bebé con su pareja a la que acompañan en el camino de la vida. La paternidad y la maternidad son una experiencia única y enriquecedora que suponen un cambio radical y el desprendimiento del ego, aunque el impulso biológico por cambios hormonales y químicos en el caso de la mujer la lleva de manera más instintiva a una crianza natural (Soler, 2013).

Las primeras experiencias de cuidado maternal producen efectos tan a largo plazo que afectan incluso al modo de ejercer la maternidad o la paternidad a generaciones sucesivas en un efecto transgeneracional único, poniendo de manifiesto la relevancia de un clima emocional positivo para aumentar la probabilidad de cuidados sensibles y de calidad con los futuros hijos e hijas. Sólo la percepción de haber recibido cuidados maternales adecuados en la infancia se asocia con cambios en determinadas estructuras cerebrales y conductas que se reflejarán en diferencias en las actitudes de las futuras madres (Escolano–Pérez, 2013). Este tipo de estudios pone de manifiesto que los cuidados recibidos en la infancia provocan cambios estructurales cerebrales en la edad adulta que pueden influir en las habilidades maternas posteriores para percibir, comprender y dar respuesta a las necesidades físicas y psicológicas del nuevo bebé, afectando la salud biopsicológica de este.

En el caso de los padres, la conexión con el bebé requiere de una presencia y atención que no todos los padres están dispuestos a proporcionar y que se traducen en llevar a sus hijos/as en brazos, portarlos, coleccionar, ofrecer cuidados, mimos y abrazos, lo que hace que a veces se practiquen modelos de crianza diferentes.

Sin embargo, se constatan también dificultades en algunas parejas ante la atención que requiere el bebé y el abandono emocional que puede sentir algún miembro de la pareja al conectar con el abandono emocional o desamparo sentido de niño/a provocando comportamientos infantiles o agresivos que pueden suponer la ruptura de la pareja. En el caso de que surjan discrepancias respecto al tipo de crianza a desarrollar con un hijo o hija puede darse el caso de que una madre a favor de la crianza natural se incline a métodos conductistas y castigos influida por la presión de la pareja hacia una crianza más autoritaria.

A priori parece que el conflicto de intereses se ha resuelto pero podrá tener consecuencias nefastas para la pareja y para sus hijos/as. En otras ocasiones, las madres muy conectadas con sus instintos se mantendrán firmes manteniendo contacto físico, colecho y lactancia materna y buscando la manera de implicar a sus parejas en estas prácticas. Los momentos en los que surjan conflictos o rabietas serán oportunidades para empatizar con los hijos/as y cuestionarnos si el modo en el que los resolvieron con nosotros de niños/as fue el adecuado o si estamos dispuestos a experimentar otras maneras.

Las parejas que comparten el modelo de crianza basado en el respeto y atención de las necesidades de sus hijos e hijas es más probable que tengan relaciones e hijos/as sanos y equilibrados. Las discrepancias y los motivos de conflicto al ser padres y madres no serán

consecuencia de la nueva parentalidad sino de modelos de relación previos que producirán relaciones auténticas, sufrimiento en los niños/as o rupturas.

Es necesario prepararse para la maternidad y la paternidad, aunque en nuestra sociedad se dedica más tiempo a preparar la habitación del bebé o sus accesorios que a prepararse para los cambios que producirá la llegada del bebé con estrategias comunicativas y de gestión emocional. En este aspecto influirá también la motivación con la que se llega a ser padre o madre o las presiones familiares y sociales.

Las familias que optan por el modelo de crianza natural saben que la crianza de los hijos/as empieza mucho antes del embarazo y el nacimiento del bebé tendría que ser una oportunidad de apertura y de acercamiento para la pareja aunque la llegada del bebé llena de situaciones nuevas ponga a prueba la cohesión de la pareja. Una oportunidad para hacer introspección sobre uno mismo con apoyo del otro en actitud de apertura y disponibilidad para poder cambiar aquellas reacciones personales que no ayuden en la convivencia. Esto no es fácil pero redundará en beneficio personal, de la pareja y de los hijos/as.

Las prácticas de crianza que venimos desarrollando y las actitudes responsivas de padre y madre repercutirán en niños, niñas y adultos más felices, autónomos y socialmente competentes en contra del mito popular que cree que en este modelo de crianza no existen límites y se “mima” a los bebés, niños y niñas convirtiéndoles en personas inadaptadas, egoístas y con escasa empatía.

La psicología contemporánea también ha demostrado la importancia de las expectativas y el efecto Pigmalión, de modo que habrá niños que desarrollen esa conducta negativa que se quería reprimir ante las constantes culpas y profecías negativas autocumplidas. Por otro lado, está el peligro de los extremos de modelos de crianza negligentes, desarrollados por padres y madres que han reaccionado pendularmente, pasando del autoritarismo a una tolerancia basada en la creencia de que la infancia es un periodo en el que hay que ser feliz y disfrutar de la vida sin obligaciones ni límites parentales (Etxebarría, Apodaca, Fuentes, Ortiz, 2009). Como hemos visto este tipo de modelos no tienen nada que ver con la crianza natural.



METODOLOGÍA

Caracterización.
El marco de los métodos mixtos

Capítulo VI. Caracterización. El marco de los métodos mixtos

De modo general, hay dos tendencias de investigación en el campo de las ciencias humanas y sociales que se han venido definiendo por contraste desde el siglo XIX y que se han constituido en dos paradigmas científicos polarizados. Por un lado, la visión *empírico-analítica, racionalista*, de origen *positivista*, tiene el objetivo de formular leyes científicas de igual valor a las ciencias experimentales. Por el otro, la visión *interpretativa, crítica, fenomenológica, naturalista, humanista y etnográfica* investiga la realidad para comprender los comportamientos humanos tomando como fundamento los significados e intenciones de los sujetos que intervienen en sus propios escenarios reales de vida.

Existen muchas referencias que se dedican a repasar esta "guerra de los paradigmas", como se la ha denominado en ocasiones, aunque como señala Ruiz (2012), la mayoría de los autores son más pragmáticos y menos irreductibles teóricamente, siendo la corriente más numerosa la de los que concilian pacíficamente estos dos postulados básicos:

- a) La metodología cualitativa es tan válida como la cuantitativa, tienen diferente utilidad y capacidad interpretativa, lo que les hace recomendables en casos y situaciones distintas, por lo que su valor no es intrínseco sino que depende de su adaptación al caso específico.
- b) La metodología cualitativa no es incompatible con la cuantitativa, lo que obliga a una reconciliación entre ambas y se recomienda su combinación en aquellos casos y aspectos metodológicos que la reclamen.

Algunos de los rasgos de esta dualidad de planteamientos se pueden observar en el contraste que realizan Reichardt y Cook (1979), en la que destacan los diferentes tipos de puntos de vista, los procedimientos y técnicas de investigación, el tipo de datos que se persigue y, en definitiva, el marco epistemológico que sirve de conjunto de principios de investigación.

Tabla 6: Características de los paradigmas cualitativos y cuantitativos (Reichardt y Cook, 1979)

Paradigma cualitativo	Paradigma cuantitativo
<ul style="list-style-type: none"> • Aboga por el uso de métodos cualitativos • Fenomenología y <i>verstehen</i>: "preocupado por la comprensión de la conducta humana desde el propio marco de referencia del agente" • Observación naturalista y sin control • Subjetivo • Cerca de los datos; perspectiva de <i>insider</i> • Conectado con el contexto, orientado al descubrimiento, exploratorio • Expansionista, descriptivo e inductivo • Orientado a los procesos • Válido; real, "rico", profundidad de los datos • No generalizable; estudios de casos individuales • Holístico • Asume una realidad dinámica 	<ul style="list-style-type: none"> • Aboga por el uso de métodos cuantitativos • Lógico-positivista: "busca los hechos o causas de la vida social fenómenos con poca consideración por los estados subjetivos de los individuos " • Medición intrusa y controlada • Objetivo • Al margen de los datos; perspectiva de <i>outsider</i> • Sin conexión con el contexto, orientado a la verificación, confirmatorio, reduccionista • Inferencial e hipotético-deductivo • Orientado a los resultados • Confiable; "duro", con datos replicables • Generalizable; varios estudios de casos • Particularista • Asume una realidad estable

A pesar de que esta dualidad es aceptada comúnmente entre los investigadores de la realidad social como una clasificación genérica, la propia experiencia investigadora llega a demostrar el convencionalismo de tal separación de paradigmas, tal y como las investigadoras Goetz y LeCompte (1988) sostienen:

Por investigación cuantitativa se entiende un estudio deductivo, verificativo, enumerativo y objetivo; la investigación cualitativa denotaría procesos inductivos, generativos, constructivos y subjetivos. Nuestra postura, que ha decantado la experiencia, consiste en afirmar que la distinción cualitativo–cuantitativa peca de inexacta y artificial. (p. 32)

Aún a sabiendas de este convencionalismo y para poder responder a los objetivos que se plantean desde la investigación cuantitativa y de las cuestiones que se derivan de la investigación cualitativa planteada, se ha hecho necesario diseñar la investigación, como se verá posteriormente en la descripción de cada estudio, aplicando las características de las dos metodologías empleadas: la *metodología selectiva de encuesta* (cuantitativa) y el *análisis de contenido cualitativo de carácter fenomenológico inductivo y deductivo* (cualitativa), en un modelo de relación que describiremos más adelante.

Al aludir al empleo de dos metodologías de investigación, cada una de un paradigma diferente, se hace necesario fundamentar esta relación para poder caracterizar el modelo metodológico que vamos a emplear: la denominada metodología de métodos mixtos, una metodología con una estatus epistemológico no reconocido por toda la comunidad científica.

Freshwater y Cahill (2013) sugieren que la etiqueta "métodos mixtos" se ha usado de manera imprecisa dentro de la comunidad que los practica, dado que no se distingue con precisión si se trata de un conjunto de procedimientos o de un acercamiento metodológico, lo cual ha provocado una cierta confusión y malentendido sobre si los métodos mixtos tienen suficiente entidad de paradigma.

Este aspecto no ofrece duda para Johnson, Onwuegbuzie, and Turner (2007), quienes validan la investigación de métodos mixtos como un tercer paradigma metodológico junto con la investigación cualitativa y cuantitativa, y que se debe aplicar cuando los objetivos de la investigación sugieren que la investigación de métodos mixtos puede proporcionar conclusiones y resultados de calidad superior al incluir un mayor espectro de contingencias en torno a los investigado.

Estos autores proporcionan en su trabajo una perspectiva histórica que sirve de fundamento conceptual, epistemológico y procedimental a los métodos mixtos en la investigación y los definen como las decisiones que toma un investigador/a o equipo de investigadores para combinar de manera pragmática elementos provenientes de los enfoques de investigación cualitativo y cuantitativo.

La elección y mezcla de estos elementos, como son los puntos de vista cualitativo y cuantitativo, la recopilación de datos, el modelo de análisis y técnicas de inferencia, entre otros, se fundamenta en la amplitud y profundidad de la comprensión que genera la perspectiva cualitativa sumada a los de la corroboración cuantitativa. Esta decisión afecta tanto al diseño mixto en un solo estudio como al diseño de un programa mixto de investigación en el que la mezcla puede darse a través de un conjunto estrechamente relacionado de estudios.

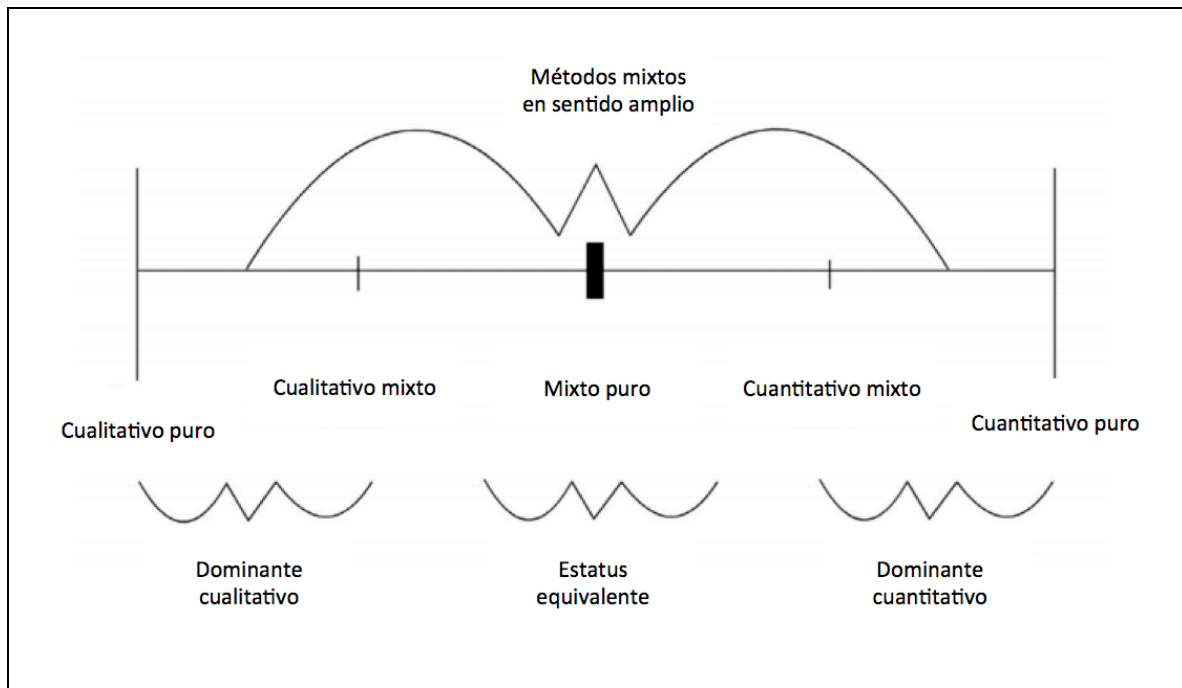


Figura 2: Los tres paradigmas mayores de investigación, incluyendo subtipos de investigación de métodos mixtos (Johnson, Onwuegbuzie, and Turner, 2007)

Según Grotjahn (1987) los objetivos de la investigación pueden hacer necesario combinar en paradigmas mixtos los elementos constitutivos de los paradigmas cuantitativo y cualitativo, realizando diferentes combinaciones entre sus tres componentes formales, diseño, datos y análisis:

- Diseño no experimental frente a diseño experimental.
- Datos cualitativos frente a datos cuantitativos.
- Análisis interpretativo frente a análisis estadístico.

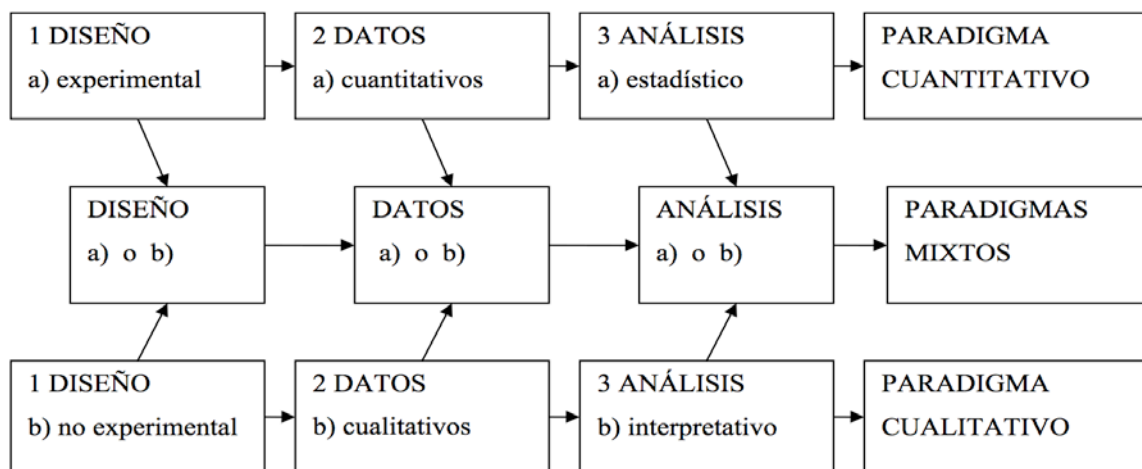
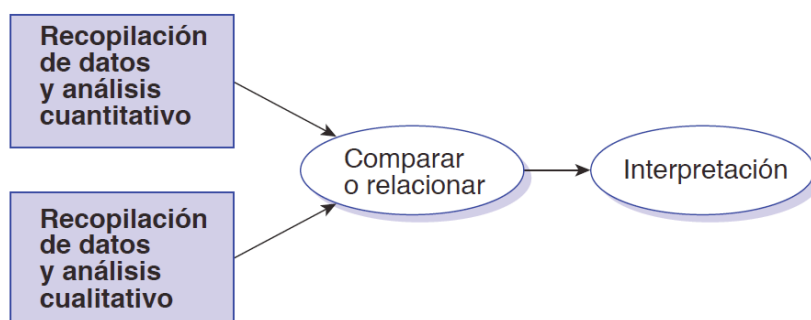


Figura 3: Diferentes posibilidades de diseño de investigación (Grotjahn, 1987)

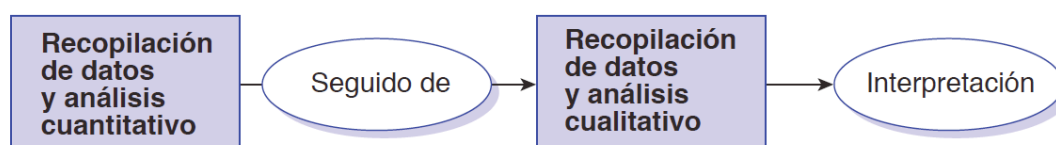
En nuestro caso, más que de la combinación que genere la mezcla de elementos de cada paradigma, a pesar del uso de datos en el apartado cualitativo o de la interpretación de los datos cuantitativos, los objetivos de investigación propuestos reclaman el empleo de la metodología cuantitativa para abordar una muestra (la opinión declarada de los participantes en una encuesta *online*) y de la metodología cualitativa–interpretativa para hacer aflorar el sentido latente de las interacciones comunicativas en las conversaciones mantenidas mediante mensajería instantánea.

Dada las combinatorias posibles, existen muchos modelos de metodologías mixtas con diseños e intenciones diferentes. Creswell y Plano (2011) mencionan los cuatro diseños (ver figura 4) básicos de métodos mixtos: el diseño paralelo convergente, el diseño secuencial explicativo, el diseño secuencial exploratorio, y el diseño incrustado:

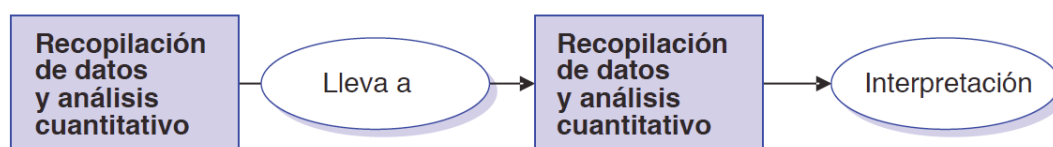
(a) El diseño paralelo convergente



(b) El diseño secuencial explicativo



(c) El diseño secuencial exploratorio



(d) El diseño incrustado

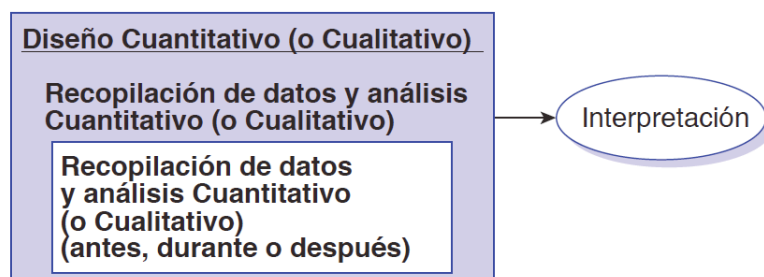


Figura 4: Prototipos de los principales diseños de métodos mixtos de investigación (Creswell y Plano, 2011)

De estos cuatro modelos, el aplicado en nuestra investigación es el denominado "diseño incrustado" (*embedded design*), definido por estos autores de esta manera:

El diseño integrado es un enfoque de métodos mixtos donde el investigador combina la recopilación y análisis de datos tanto cuantitativos como cualitativos dentro de un diseño de investigación cuantitativa o cualitativa tradicional. (Creswell y Plano, 2011, p. 90)

No obstante, dado que el modelo de los métodos mixtos tiene una relación muy directa con el pragmatismo, la relación entre lo cualitativo y lo cuantitativo depende totalmente de la decisión del investigador/a, de tal manera que ambos se pueden relacionar conforme a dos parámetros: predominancia del paradigma (estatus de igualdad o de dominancia) y la decisión de su ubicación en el proceso (concurrente o secuencial) (Johnson y Onwuegbuzie, 2004).

En nuestra investigación, la decisión de elegir el *método mixto de diseño incrustado de dominancia cuantitativa en su variante concurrente* (ver figura 5) se debe a la intención de ilustrar los resultados de la investigación cuantitativa sobre los factores que pueden predecir la práctica de la crianza natural, con el aprovechamiento de una muestra de gran valor etnográfico: las conversaciones mantenidas en una aplicación de mensajería instantánea por un grupo de madres criando a bebés de menos de un año.

Diseño Incrustado de Dominancia Cuantitativa Concurrente

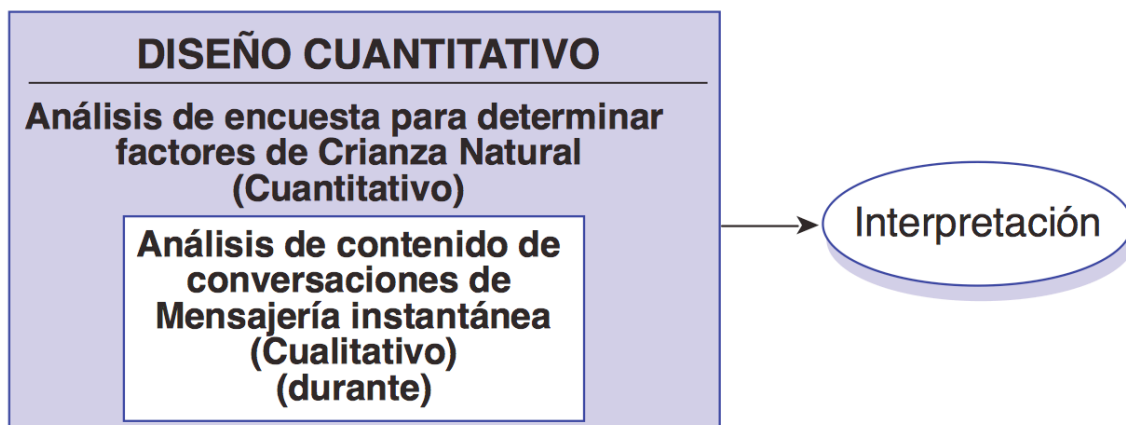


Figura 5: Marco Metodológico de la Presente Investigación: Método Mixto de Diseño Incrustado de Dominancia Cuantitativa, en su variante Concurrente

Puede ser difícil integrar los resultados cuando se utilizan dos métodos diferentes para responder a preguntas de investigación. Sin embargo, a diferencia del diseño convergente, la intención del diseño incrustado no es combinar dos conjuntos diferentes de datos recopilados para responder a la misma pregunta. Los investigadores que utilizan el diseño incrustado pueden mantener separados los dos conjuntos de resultados en sus informes o incluso en documentos separados, según señalan Creswell y Plano (2011).

Líneas de investigación

1. Caracterización de la metodología de investigación cuantitativa
 - 1.1. Método.
 - 1.2. Objetivos de la investigación cuantitativa
 - 1.2.1. Objetivo General
 - 1.2.2. Objetivos específicos
 - 1.3. Participantes
 - 1.3.1. Descripción de la muestra
 - 1.3.2. Perfil de las participantes de crianza natural
 - 1.4. Instrumentos
 - 1.4.1. Cuestionario de Sentido de Competencia Parental (PSOC)
 - 1.4.2. Inventario de Parentalidad Adulto-Adolescente (AAPI-2)
 - 1.4.3. Índice de Estrés Parental (PSI-SF)
 - 1.5. Procedimiento
 - 1.6. Análisis de los datos
 - 1.6.1. Análisis descriptivos
 - 1.6.2. Estructura factorial y cálculo de fiabilidad de las Escalas
 - 1.6.3. Análisis de Chi-cuadrado
 - 1.6.4. ANOVAs
 - 1.6.5. Análisis de Correlaciones de Pearson
 - 1.6.6. Análisis de Regresión Múltiple
2. Caracterización de la metodología de investigación interpretativa
 - 2.1. El enfoque fenomenológico
 - 2.2. La etnografía virtual
 - 2.3. Objetivos y cuestiones de estudio
 - 2.4. El análisis de contenido como método de investigación
 - 2.4.1. Definición y componentes del análisis de contenido
 - 2.4.2. Caracterización del análisis de contenido cualitativo
 - 2.4.3. La validez del análisis de contenido cualitativo
 - 2.5. Diseño y fases del estudio
 - 2.5.1. Preparación
 - 2.5.2. Organización
 - 2.6. Selección de la muestra
 - 2.7. Análisis de la información
 - 2.7.1. El proceso de codificación y categorización
 - 2.7.2. Los sistemas de categorías inductivas y deductivas

Capítulo VII. Líneas de investigación

En este capítulo se presentan las caracterizaciones metodológicas correspondientes a cada una de las líneas de investigación presentadas en el capítulo anterior: la investigación cuantitativa y la investigación interpretativa.

1. Caracterización de la metodología de investigación cuantitativa

1.1. Método.

Se ha llevado a cabo un estudio empírico con metodología selectiva de encuesta, en el que combinamos instrumentos semi-estandarizados con otros estandarizados (Moreno, Martínez y Chacón, 2000). En cuanto a la selección de la muestra, se trata de un muestreo exponencial de bola de nieve. Se comenzó recogiendo información de madres (principalmente, había algún padre) interesadas en el modelo de crianza natural y practicantes del mismo en algunos casos. Posteriormente se fueron incorporando madres de distintos modelos de crianza a medida que las primeras difundieron el instrumento utilizado en la recogida de la información. Por lo que respecta al objeto de estudio, se trata de un diseño explicativo, con el fin de analizar los factores que intervienen en la causación de una acción, actitud o hecho determinado, deduciendo modelos causales (Cea, 1996).

1.2. Objetivos de la investigación cuantitativa.

1.2.1. Objetivo General.

Analizar las características de la crianza natural y las diferencias con respecto a otros modelos de crianza (combinado y tradicional), así como conocer los factores que predicen la crianza natural.

1.2.2. Objetivos específicos.

Objetivo 1. Adaptar una escala para evaluar la percepción de los padres y las madres sobre las competencias y la resiliencia parental.

Objetivo 2. Comprobar la estructura factorial de la escala para evaluar la percepción de los padres y las madres sobre la percepción de las competencias y la resiliencia parental.

Objetivo 3. Comprobar la validez concurrente de dicha escala con variables criterios significativas de la crianza natural: lugar de residencia, edad de las madres, situación laboral, profesión, nivel de ingresos económicos y si su profesión se relaciona con el cuidado a personas.

Objetivo 4. Analizar las diferencias significativas entre las variables relacionadas con las prácticas de crianza y cuidado, según modelos de crianza y el nivel de crianza natural.

Objetivo 5. Determinar a través de análisis de regresión el conjunto de variables relacionadas con las prácticas de crianza y cuidado que mejor predicen la crianza natural.

1.3. Participantes.

1.3.1. Descripción de la muestra.

La muestra se compone de un total de 212 participantes, de los cuales el 90.6% son mujeres y sólo el 9.4% son hombres, con edades comprendidas entre 20 y 56 años, y una media de edad de 36 años. El 68.4% de la muestra procede de la Comunidad Autónoma de Canarias, mientras el 31.6% se distribuye en el resto de comunidades españolas. Además, el 84% vive en zonas urbanas frente al 16% que procede de entornos rurales.

Por otra parte, si bien todas las personas participantes tienen estudios el 74.5% presenta estudios universitarios y el resto FP o Bachillerato. En lo referente a la situación laboral, el 60.2% es asalariado, es decir, trabaja para alguna empresa, y el 23.7% se encuentra en situación de desempleo. El 40.6% desempeña profesiones científicas o intelectuales, u ocupan cargos directivos o de gerencia. Por su parte, los ingresos familiares se sitúan entre 0 y

24.000€ anuales, en un 39.2% de las familias, y entre 24.001 y 40.000€ en el 37.7% de las restantes.

En cuanto a la estructura familiar, el 89.6% son familias biparentales. La media de hijos e hijas es de 1 y su edad media es de 22 meses. Así mismo, el 82.1% tuvo un embarazo buscado. Es importante destacar que el 41.5% de las familias afirma practicar un modelo de crianza combinado, mientras que el 25.5% elige un modelo de crianza natural. El 34% de las personas participantes conocieron el modelo de crianza natural a través de la información de terceros, bien en charlas, por otros padres y madres que lo practican o por profesionales, y el 44.8% afirma haberlo conocido durante el embarazo.

En cuanto a las variables que guardan mayor relación con los modelos de crianza, el 50% practica la crianza natural en un grado muy alto, mientras el 32.5% afirman que practican algo la crianza tradicional. Finalmente, el 26.9% consume probióticos tanto la madre como el bebé, mientras que el 25.9% son tomados únicamente por la madre. Hay que señalar que se utilizaron los datos del cuestionario proporcionados por las 192 madres, por ser pequeña la muestra de los 20 padres que lo contestaron. En la siguiente tabla se resumen las principales variables sociodemográficas.

Tabla 7: Características Socio–demográficas de las Participantes.

Variables Sociodemográficas		Participantes % ; M (Dt)
Lugar de procedencia	Canarias	68.4
	Resto de comunidades autónomas	31.6
Zona	Urbana	84
	Rural	16
Sexo	Mujer	90.6
	Hombre	9.4
Edad		36 (4.8)
Número de hijos/as		1 (0.5)
Edad de los hijos/as (en meses)		22 (14.9)
Tipología familiar	Biparental	89.6
	Reconstituida	6.6
	Monoparental	3.8
Nivel de estudios	Universitario	74.5
	FP o Bachillerato	25.5
Situación laboral	Desempleada/o	23.7
	Asalariada/o	60.2
	Autónoma/o	16.1
Profesión	Técnicos y profesionales nivel medio	34.9
	Profesionales científicos o intelectuales, directores y gerentes	40.6
	Trabajadores de servicios y vendedores, personal administrativo, ocupaciones elementales, agricultores y militares	24.5
Modelo de crianza	Crianza natural	25.5
	Combinación de modelos	41.5
	Normal o tradicional	33

1.3.2. Perfil de las participantes de crianza natural.

Como hemos visto en el apartado anterior, el 25.5% afirma que practica el modelo de crianza natural. En el estudio calculamos el grado de crianza natural, a través de las prácticas que definen el modelo, con una medida entre 0 (no practica la crianza natural) y 10 (practica la crianza natural en grado muy alto). Utilizando esta variable, encontramos que el 22.4% de la muestra presenta crianza natural alta, con una puntuación mayor que 7. Analizando las variables sociodemográficas encontramos que el 86.9% son mujeres, mientras que el 13.1% son hombres, con una edad media de 36 años. Por su parte, el 67.2% pertenece a la Comunidad Autónoma de Canarias y el 85.2% vive en zonas urbanas.

Las participantes con este nivel de crianza natural, presentan en su mayoría un nivel de estudios universitarios (el 62.77%). El 60.6% trabaja, de los cuales el 39.3% es asalariado y el 21.3% es autónomo. En lo que respecta a las profesiones, la muestra se reparte de manera homogénea. El 62.5% de la muestra su profesión tiene relación con el cuidado de otras personas. Por su parte, el 42.2% de las familias presenta ingresos anuales de entre 0 y 24000€, mientras que el 37.7% ingresa entre 24.001 y 40.000€.

En cuanto a las familias, el 93.4% presenta una estructura biparental con una media de 1 hijo o hija por familia, cuya edad media se encuentra en torno a los 22 meses. El 82.5% de las participantes afirman que el embarazo fue buscado. En cuanto al modelo de crianza natural, el 39.3% afirma haberlo conocido antes del embarazo, el mismo porcentaje que lo conoció durante el mismo; y el 41% lo hizo a través de información de terceros, bien en charlas, por otros padres y madres que lo practican o por profesionales. Además, el 85% de las participantes practican la lactancia, el porteo, el colecho y demás prácticas relacionadas con este modelo de crianza, y el 62.3% consume probióticos. Finalmente, dentro de este grupo de madres, el 63.9% considera que practica la crianza natural en un grado muy alto y el 41% que practica poco la crianza normal o tradicional.

1.4. Instrumentos.

Para esta investigación se utilizaron cinco escalas que son: la Subescala de Necesidades Infantiles del Cuestionario para padres y madres sobre la representación del maltrato infantil (Jiménez, Moreno, Oliva, Palacios y Saldaña, 1995), el Cuestionario de Sentido de Competencia Parental (PSOC) (Johnston y Mash, 1989), el Inventario de Parentalidad Adulto-Adolescente (AAPI-2) (Bavolek y Keene, 2001), el Índice de Estrés Parental (PSI-SF) (Abidin, 1995) y la Escala de Percepción de los Padres y de las Madres sobre las Competencias y Resiliencia Parental (Adaptada de Rodrigo, Martín y Cabrera, 2010). Los ítems de las escalas se adaptaron en cuestión de género para que hicieran alusión a niños y niñas por un lado y a madres y a padres, por otro. Esto facilitaba la respuesta a los padres que no tenían que responder a ítems que inicialmente hacían referencia sólo a las madres. Los análisis de fiabilidad de las escalas se extrajeron de Álvarez (2014). A continuación describimos cada uno de estos instrumentos.

Estas escalas se incluyeron en el cuestionario *online* que además recogía información de una serie de preguntas relacionadas con el embarazo, el parto y los distintos modelos de crianza.

Subescala de Necesidades Infantiles del Cuestionario para padres y madres sobre la representación del maltrato infantil

Se trata de una subescala del Cuestionario para padres y madres sobre la representación del maltrato infantil elaborado por Jiménez, Moreno, Oliva, Palacios y Saldaña (1995). Es una escala tipo Likert de 1 a 5 (1=nada importante a 5=muy importante) en la que los padres y las madres deben puntuar cada uno de los ítems en función de la importancia que concede a cada una de las necesidades de los niños y las niñas que se proponen. La escala fue validada por los autores, considerando que el modelo propuesto presenta un buen ajuste. Además, el análisis de fiabilidad del instrumento para la muestra de progenitores y progenitoras fue $\alpha = .78$. Las necesidades reales obtuvieron un $\alpha = .71$. Las necesidades no reales obtuvieron un $\alpha = .74$.

Interpretación de los factores

- Necesidades reales: se trata de necesidades básicas del bebé. Un ejemplo de ítem sería: “Ser alimentado correctamente”.
- Necesidades no reales: se trata de necesidades superfluas, que no son básicas para el bebé. Un ejemplo de ítem sería: “Tener ropa de marcas conocidas”.

1.4.1. Cuestionario de Sentido de Competencia Parental (PSOC).

Este cuestionario explora dos factores sobre la autopercepción de un adulto en su rol parental: la eficacia percibida del progenitor y progenitora y la satisfacción con este rol. Se trata de una escala tipo Likert de 1 a 6 (1=totalmente en desacuerdo a 6= totalmente de acuerdo), que valora el sentido de competencia parental del padre y de la madre. Sus autores, Johnston y Mash (1989), analizaron sus propiedades psicométricas concluyendo que presenta buenos índices de ajuste. El análisis de fiabilidad del instrumento original fue $\alpha = .79$. Así mismo, el factor de Satisfacción parental obtuvo un $\alpha = .75$, mientras que la Eficacia parental obtuvo un $\alpha = .76$.

Interpretación de los factores

- Satisfacción parental: se trata de 9 ítems que valoran el grado en que un progenitor o progenitora se siente satisfecho con su rol como padre o madre, a través de cuestiones tales como “En las cosas que tienen que ver con mis hijos/as, me acuerdo igual que me levanto, con la sensación de no haber terminado nada”.
- Eficacia parental: esta dimensión se evalúa a través de 7 ítems que valoran en qué medida un progenitor o progenitora se siente competente en su rol como padre o

madre, a través de afirmaciones como “Para ser sincera/o, pienso que soy capaz de hacer todas las cosas que hacen falta para ser una buena madre/un buen padre”.

1.4.2. Inventario de Parentalidad Adulto–Adolescente (AAPI–2).

Este cuestionario, desarrollado por Bavolek y Keene (2001), evalúa las actitudes y comportamiento de los padres y madres, a través de una escala Likert con cinco niveles de respuesta (1=totalmente de acuerdo a 5=totalmente en desacuerdo). Presenta dos versiones equivalentes la A y la B, para este estudio hemos utilizado la versión A. Los análisis de fiabilidad del instrumento original para la versión A oscilan entre .80 y .96. En los factores de Expectativas inapropiadas, Falta de empatía, Creencia en el uso de castigos corporales, Inversión de roles y Autonomía en la versión A obtuvo un valor $\alpha = .82, .84, .96, .85$ y $.80$.

Interpretación de los factores

- Expectativas inapropiadas: se valora en qué medida los padres y las madres tienen una percepción realista del desarrollo, capacidades y limitaciones de los menores a través de 7 ítems del tipo “Los niños y las niñas deben hacer aquello que se les dice, cuando se lo piden”.
- Falta de empatía: se evalúa en qué medida los padres y las madres son o no conscientes de las necesidades y sentimientos de los menores, de forma que adecuan sus actitudes y comportamientos a través de 10 ítems como “Los bebés necesitan aprender a tener consideración por sus madres/padres”.
- Creencia en el uso de los castigos corporales: se valora en qué medida los padres y las madres valoran o no el castigo físico como modelo disciplinar de educar a sus hijos/as a través de 11 ítems del tipo “Un azote enseña a los niños/as a distinguir entre lo que está bien y lo que está mal”.
- Inversión de roles: se valora en qué medida las percepciones de los padres y las madres reflejan o no una inversión de roles a través de 7 ítems como “Tras un día de trabajo los/as hijos/as deben saber que los padres/las madres necesitan descanso”.
- Autonomía/control: evalúa en qué medida los padres y las madres tienden a oprimir las necesidades de autonomía e independencia que caracteriza el proceso de desarrollo de los menores a través de 5 ítems del tipo “Es preciso dar libertad a los/as niños/as para que exploren lo que les rodea con seguridad”.

1.4.3. Índice de Estrés Parental (PSI-SF).

Se trata de un cuestionario que evalúa el estrés que se experimenta en el ejercicio de la parentalidad, asumiendo que éste puede producirse por las características de los padres y las madres, por ciertos rasgos conductuales del niño/a y/o por variables situacionales que se relacionan directamente con el rol parental. Se trata de una escala Likert de 5 niveles de respuesta (1 = Muy de acuerdo a 5 = Muy en desacuerdo). Desarrollado y validado por Abidin (1995), obtuvo un alfa ordinal total adecuada ($\alpha = .91$). Los factores de Malestar Paterno, Interacción Disfuncional Padres-Hijo y Niño difícil obtuvieron un valor $\alpha = .87, .80, .85$ respectivamente, también fueron adecuados.

Interpretación de los factores

- Malestar parental: se evalúa el malestar que experimentan los progenitores/as en el desarrollo de su papel de padres y madres, provocado por factores personales que están directamente relacionados con el ejercicio de las funciones derivadas de este papel. A través de 12 ítems se realizan preguntas del tipo “Me siento atrapado/a con mis responsabilidades como padre/madre”.
- Interacción Disfuncional Padres-Hijo: se evalúa la percepción que los padres y las madres tienen del grado en que su hijo/a satisface o no las expectativas que tenían sobre él o ella y del grado de reforzamiento que su hijo/a les proporciona en tanto que padres/madres. Consta de ítems a través de los que se realizan cuestiones como “La mayoría de las veces siento que mi hijo/a no me quiere y no desea estar cerca de mí”.
- Niño Difícil no: se valora cómo perciben los progenitores/as la facilidad o dificultad de controlar a sus hijos/as en función de los rasgos conductuales que poseen, a través de 12 ítems como “Mi hijo/a tiene rabieta y grita más a menudo que la mayoría de los niños/as”.

Escala de Percepción de los Padres y de las Madres sobre las Competencias y Resiliencia Parental

Se trata de una adaptación de la Escala de Competencia y Resiliencia Parental de Rodrigo, Martín y Cabrera (2010), que ha sido factorizada para este estudio. Es una escala tipo Likert (1-6) explora seis factores de las competencias personales de las madres y los padres, según la medida en la que perciben que poseen estas competencias. El alpha ordinal total de la escala es de .96. Se considera que el modelo tiene un buen ajuste $CMIN=1.2$; $RMSEA=.03$; $CFI=.99$; $TLI = .99$ y $WRMR = .98$. Los factores que se exploran son:

Competencia educativa ($\alpha=.91$); Competencia para organizar el escenario educativo familiar ($\alpha=.75$); Desarrollo personal y resiliencia ($\alpha=.87$); Promoción de la actividad física y educativa ($\alpha=.73$); Búsqueda de apoyo ($\alpha=.71$) e Integración y participación comunitaria ($\alpha=.65$).

Interpretación de los factores

- Competencia educativa: este factor mide las competencias que permiten hacer un seguimiento del desarrollo del hijo/a en la escuela, a través de 7 ítems como “Mantengo contacto con el centro educativo para estar al tanto de lo que ocurre.”
- Competencia para organizar el escenario educativo familiar: este factor mide la capacidad para organizar el funcionamiento cotidiano de la vida familiar, poniendo énfasis en la capacidad para establecer normas, a través de 3 ítems como “Pone normas a su hijo/a con respecto a la hora de acostarse.”
- Desarrollo personal y resiliencia: este factor está relacionado con las competencias que favorecen un desarrollo integral de la madre/padre como persona, que le permiten adaptarse y actuar de manera positiva frente a las situaciones de adversidad, a través de 11 ítems como “Es capaz de hacer frente a situaciones que les generan mucho estrés.”
- Promoción de la actividad física y educativa: el cuarto factor tiene que ver con la capacidad de las madres/padres para fomentar en sus hijos/as la realización de actividades físicas y educativas, a través de 4 ítems como “Promuevo en mi familia hacer juntos actividades de ocio y tiempo libre.”
- Búsqueda de apoyo formal e informal: este factor está asociado con la capacidad de la madre/padre para movilizar y hacer uso de los apoyos formales e informales de su contexto para resolver sus propios problemas y los de sus hijos/as, por medio de 3 ítems como “Cuando tiene un problema personal suele pedir ayuda alguna institución como el colegio, Servicios Sociales o Parroquia.”
- Integración y participación comunitaria: este factor está relacionado con la integración en la vida comunitaria de la madre/padre y su participación en la misma, es decir, el sentimiento de pertenencia que sienten hacia su comunidad y si hacen uso de los recursos comunitarios existentes en su barrio o ciudad, a través de 3 ítems como “Siente que forma parte de su barrio.”

1.5. Procedimiento.

La obtención de la información relacionada con el embarazo, el parto y la crianza aportada por las madres y los padres se recogió a través de un cuestionario online que se podía completar tanto desde el teléfono móvil como desde el ordenador o la tableta, lo adjuntamos como Anexo I. Se utilizó en su elaboración la aplicación de Google Drive llamada “Formularios de Google” ya que permitía un fácil acceso al cuestionario a las madres y a los padres y un volcado de datos seguro y rápido en Excel.

Para hacer llegar el cuestionario a las personas participantes se utilizó una aplicación de mensajería instantánea (*WhatsApp*). A través de un breve texto se invitaba a las madres y a los padres a completar un cuestionario confidencial relacionado con sus experiencias de embarazo, parto y crianza y se adjuntaba el enlace de acceso al mismo. El texto y el enlace al cuestionario se envió a tres grupos de mensajería instantánea de madres y padres de entornos relacionados con la crianza natural en Canarias a los que la investigadora pudo tener acceso y se les solicitó que lo compartieran con más padres y madres con la intención de obtener información también de familias que no practicaran este modelo.

Dos grupos de mensajería instantánea se habían creado tras la participación en actividades relacionadas con el cuidado durante el embarazo (yoga para embarazadas) y la preparación al parto correspondiendo uno a las madres y otro a sus parejas, un grupo de padres. El tercer grupo surgió entre madres y padres que asistían a una actividad de piscina (método *amnio*) con sus hijos e hijas. Las madres y los padres informaron que lo estaban enviando a familias de distintos modelos de crianza algunas de ellas de fuera de Canarias. Propusieron compartirlo en varios grupos de lactancia de Canarias, en blogs de asociaciones locales de crianza y en Facebook relacionados, y así se extendió también por la web.

Las personas que accedían al enlace, tal y como se puede apreciar en el Anexo I, encontraban en primer lugar el nombre del formulario “Cuestionario sobre embarazo, parto y crianza”, una imagen de un bebé y el siguiente texto explicativo:

Este cuestionario es parte de una investigación que pretende recoger información actualizada sobre embarazo, parto y crianza para estudiar las actuales tendencias familiares en estos temas, desde el respeto a las diferentes opciones.

Está dirigido a papás y mamás que tengan un hijo o hija menor de 5 años. Si tienen varios hijos/as, les pido que respondan en base a su última experiencia como madre o padre.

A continuación veían un apartado de agradecimiento y unas instrucciones para utilizar un código que preservara la confidencialidad de la información aportada por cada madre o padre.

A partir de ahí comenzaban las preguntas divididas en los siguientes apartados:

1. Datos sociodemográficos.

En este apartado se solicitaba información relacionada con la provincia y zona (urbana o rural) de residencia, la edad, el número de hijos/as, la edad del hijo/a menor, la tipología familiar, las personas con las que se comparte la vivienda, el nivel de estudios, la situación laboral, la profesión y el nivel de ingresos familiares.

2. Modelo de crianza y acercamiento embarazo, parto y crianza.

Las personas participantes respondían en este bloque a preguntas relacionadas con sus modelos de crianza, se les pedía que indicaran el tipo de modelo que creían desarrollaban en la crianza de sus hijos e hijas. Para preguntarles con un lenguaje cercano se les pidió que optaran por una de estas opciones: modelo de crianza tradicional/normal, modelo de crianza natural o modelo combinado. A continuación se les preguntaba a nivel general sobre: prácticas de crianza, el conocimiento del modelo de crianza natural, el uso de medicamentos, homeopatía, remedios naturales y/o probióticos, la percepción de felicidad antes y después de ser padres y madres y el grado de desarrollo del modelo de crianza en el que se situarían.

3. Embarazo

El apartado dedicado al embarazo recogía información sobre: deseo y búsqueda del embarazo, método de concepción, preparación del embarazo, dificultades, profesionales elegidos y el nivel de satisfacción con la experiencia.

4. Parto

Las madres y los padres respondían en este apartado a cuestiones relacionadas con: semanas y días de embarazo llegado el momento del parto, preparación del plan de parto, lugar del parto, información sobre el parto, nivel de preparación para este momento y nivel de satisfacción con la experiencia.

5. Lactancia

En el apartado dedicado a la lactancia se recogía información referida a: tipo de lactancia, razones para optar por lactancia materna o artificial, asesoramiento en lactancia, tiempo de lactancia exclusiva y tiempo de lactancia total.

6. Alimentación complementaria

En este lugar respondían a preguntas relacionadas con el momento en el que habían comenzado la alimentación complementaria, el asesoramiento para ello y el tipo de alimentación ofrecida a los niños/as.

7. Sueño

En este bloque se realizaban preguntas relacionadas con: espacios para el sueño, tiempo de descanso, horarios de sueño, práctica de colecho, sensación de descanso, maneras de dormir al bebé y personas responsables de ello.

8. Transporte del bebé

Este apartado recogía cuestiones referentes al uso del carrito de bebé, sillas a contramarcha en el vehículo, y el uso, el tipo, las razones y el asesoramiento para el porteo.

9. Cuidados y educación

Aquí se recogió información sobre las personas responsables del cuidado y educación del niño/a, el tiempo con otros cuidadores/as, la asistencia a centros educativos, las razones para la elección del centro y la edad con la que empezó a asistir, la reacción del niño/a ante la marcha de la madre o el padre, la ruptura o distanciamiento con otros modelos educativos familiares, el nivel de felicidad y bienestar con la pareja y la crianza, las emociones habituales experimentadas por padres, madres y niños/as así como la importancia atribuida a la educación emocional.

10. Escalas

En este apartado se incluían los ítems de las escalas comentadas: Subescala de Necesidades Infantiles del Cuestionario para padres y madres sobre la representación del maltrato infantil, el Cuestionario de Sentido de Competencia Parental (PSOC), el Inventario de Parentalidad Adulto– Adolescente (AAPI–2), el Índice de Estrés Parental (PSI–SF) y la Escala de la Percepción de los Padres y de las Madres sobre las Competencias y Resiliencia Parental.

El cuestionario estuvo disponible del 12 de abril de 2015 al 22 de mayo de 2015, ese día decidimos hacer el volcado de los datos al constatar que ya no existían nuevas respuestas al mismo y contar con 212 personas participantes.

1.6. Análisis de los datos.

El análisis de los datos recogidos para la investigación fue un proceso realizado en diferentes etapas. En primer lugar se determinó la estructura factorial de la Escala de la

Percepción de los Padres y de las Madres sobre las Competencias y Resiliencia Parental. (Adaptada de Rodrigo, Martín y Cabrera, 2010) y se calculó la consistencia interna de la misma. Posteriormente se llevó a cabo el análisis descriptivo de la escala y se determinó la validez concurrente de esta escala en función de las diferentes variables sobre la crianza natural. Además, se realizó un análisis del Chi-cuadrado para determinar las diferencias significativas entre los modelos de crianza y las variables que están relacionadas con la misma. Continuando con los modelos de crianza, se realizaron comparaciones de medias ANOVAs para determinar las diferencias significativas en los diferentes factores que miden las escalas en relación al modelo seguido.

Posteriormente, se calculó el grado de crianza natural de las madres. Este factor de crianza natural se ha calculado a partir de la media de una serie de variables que definen este estilo de crianza (embarazo y parto natural, lactancia, colecho, porteo, cuidado y educación del bebé). Se pretende conocer las diferencias significativas entre las madres con un nivel medio-alto de crianza natural o las que tienen un nivel medio-bajo, de la misma, en relación a las variables sobre la crianza. En este caso, también se analizaron las diferencias significativas en los factores que miden las escalas, según el grado de crianza natural, así como en las variables relacionadas con el embarazo, el parto y la crianza.

Finalmente, se realizó un análisis de Correlaciones para determinar cómo estaban influyendo las variables en el grado de crianza natural y un análisis de Regresión para predecir los factores que influyen en dicho estilo de crianza.

1.6.1. Análisis descriptivos.

Se realizaron análisis descriptivos, en primer lugar, para conocer el perfil de la muestra y, en segundo lugar, para determinar el grado de desarrollo en las diferentes competencias que mide la Escala de Percepción de los Padres y de las Madres sobre las Competencias y Resiliencia Parental (adaptada de Rodrigo, Martín y Cabrera, 2010). Se halló la frecuencia, la media y la desviación típica.

1.6.2. Estructura factorial y cálculo de fiabilidad de las Escalas.

Para determinar la estructura factorial de la escala utilizamos la técnica multivariada, modelo de ecuaciones estructurales exploratorio (MESE), desarrollado por Asparouhov y Muthen (2009). La ventaja principal de esta técnica es combinar el análisis factorial exploratorio (AFE) con el análisis factorial confirmatorio (AFC), además no requiere que el peso factorial de los ítems en los demás factores sea cero, por lo que el cálculo de los índices

de ajuste y de las correlaciones entre variables latentes son más precisos (Asparouhov y Muthen, 2009; Marsh et al., 2009).

Respecto al método de rotación utilizado, aunque Marsh et al., (2009) señalan que es una cuestión todavía abierta, decidimos utilizar una rotación geomin ya que Asparouhov y Muthen (2009) observaron que ésta se comporta adecuadamente cuando se conoce poco de la estructura factorial a estudiar. Más específicamente, utilizamos el geomin oblicuo ya que la elección de métodos de rotación oblicua se suele recomendar especialmente en Ciencias Sociales, porque ofrecen una interpretación más realista de la relación entre los factores (Brown, 2006; Schmitt 2011). En tanto el instrumento de medida sea más novedoso y esté basado en un modelo teórico menos asentado, se debería optar por métodos de rotación que permitieran mayores cargas factoriales cruzadas.

En cuanto al método de estimación utilizado, al ser la escala tipo Likert, las variables observables son categóricas ordinales (Flora y Curran, 2004) y, por lo tanto, para estimar el valor de los parámetros y los índices de ajuste es más preciso utilizar un método de estimación que no requiere normalidad multivariada (Schmitt, 2011). Por ello, utilizamos el método de mínimos cuadrados ponderados ajustado por la media y la varianza (WLSMW, por sus siglas en inglés *weighted least squares mean and variance adjusted*). Para corregir esto, los parámetros fueron estimados maximizando una función logarítmica ponderada y los errores típicos utilizando un estimador tipo *sandwich* (Muthén y Muthén, 2011). Para analizar el ajuste del modelo al patrón de los datos utilizamos la prueba de χ^2 , la ratio $\chi^2/g.l.$ (CMIN), el índice de Tucker–Lewis (TLI), el índice de ajuste comparativo (CFI) y el residuo ponderado cuadrático medio (WRMR).

Para decidir el número de factores seguimos varios criterios, en primer lugar el sentido teórico de los mismos, en segundo lugar, como indicador de discriminación de los factores se prestó atención al número de factores con al menos tres ítems significativos en el factor esperado y que fueran significativos (NC = 95%) únicamente en uno o dos factores y, por último, se atendió a los índices de ajuste, teniendo en cuenta que seguir este criterio puede llevar a aceptar más factores de los necesarios (Hayashi, Bentler y Yuan, 2007). Una vez determinado el número de factores, se descartaron los ítems con pesos inferiores a .30 y aquellos cuya diferencia de pesos entre dos factores era menor a .15.

A continuación se analizaron las evidencias de fiabilidad, para ello utilizamos el alfa ordinal en lugar del habitual alfa de Cronbach, ya que éste último requiere que el peso factorial sea igual para todos los ítems (Yang y Green, 2010) y que los datos sean continuos

(Elosua y Zumbo, 2008). Los valores perdidos se estimaron utilizando el método WLSMV (Asparouhov y Muthén, 2009). Para realizar los estadísticos descriptivos se utilizó el software R (R Core Development Team, 2011); para el MESE, el Mplus 6.11 (Muthén y Muthén, 1998–2011) y, por último, para estimar el alfa ordinal se utilizó el Excel.

Normalmente se considera que CMIN/DF con valores inferiores a 2 indican un buen ajuste (Tabachnick y Fidell, 2007). El índice CFI, TLI varía entre 0 y 1, con 0 indicando ausencia de ajuste y 1 ajuste óptimo. Valores de 0.95 o superiores son considerados excelentes, y valores superiores a 0.90 sugieren un ajuste aceptable del modelo a los datos. El índice RMSEA es considerado óptimo cuando sus valores son de .05 o inferiores y aceptables en el rango .08–.05 (Hu y Bentler, 1999; Byrne, 2010).

1.6.3. Análisis de Chi-cuadrado.

Queríamos analizar si las madres que practican distintos modelos de crianza tenían diferencias según una serie de variables relacionadas con el embarazo, el parto y la crianza. Para esto hemos realizado análisis de Chi-cuadrado. Se considera que las diferencias encontradas son significativas cuando el valor de la probabilidad (p) es menor igual que .05

1.6.4. ANOVAs.

Se llevaron a cabo análisis de medias ANOVAs para hallar diferentes resultados. En primer lugar, para determinar la validez concurrente de la Escala de la Percepción de los Padres y de las Madres sobre las Competencias y Resiliencia parental (adaptada de Rodrigo, Martín y Cabrera, 2010). En segundo lugar, para determinar si existían diferencias significativas entre las madres que practican diferentes modelos de crianza en los factores que miden las escalas. Finalmente, para analizar si existen diferencias significativas entre las madres que tienen un grado medio–alto de crianza natural y las que tienen un grado medio–bajo, tanto en una serie de variables criterio como en los factores que miden las escalas.

Las variables criterio utilizadas en todos los casos fueron: por un lado, algunas variables sociodemográficas (el lugar de residencia, la edad, la situación laboral, la profesión, los ingresos familiares y si tienen a su cuidado personas mayores) y, por otro, las variables relacionadas con el embarazo, el parto y la crianza. En todos los casos, aceptamos que existen diferencias significativas entre las medias de las variables analizadas cuando el p -valor es menor igual que .05.

1.6.5. Análisis de Correlaciones de Pearson.

Nos interesa analizar si existe o no algún tipo de relación entre la crianza natural y otros factores que pueden influir en este modelo de crianza (edad de las madres, edad de los hijos y las hijas, duración del embarazo, contacto piel con piel, duración de la lactancia, duración del colecho y momento en el que el niño o la niña comienzan en el centro educativo). En caso de que suceda, diremos que las variables están correlacionadas o que hay correlación entre ellas. Para esto hemos utilizado el coeficiente de correlación lineal de Pearson r , cuyo valor oscila entre -1 y $+1$. Se dice que existe una *correlación positiva* cuando a medida que aumenta la variable de referencia lo hace también la variable con la que se está estableciendo la correlación, obteniendo un resultado positivo ($r_{xy} > 0$). Así pues, cuando a medida que aumenta la variable de referencia disminuye la variable con la que se establece la correlación se trata de una *correlación negativa* ($r_{xy} < 0$). Si el resultado es 0 decimos que la correlación es *nula*.

1.6.6. Análisis de Regresión Múltiple.

Para saber qué factores son los que influyen en la crianza natural se llevaron a cabo una serie de regresiones múltiples a través del método paso a paso (*stepwise*), tomando como variables predictoras en el primer paso las variables sociodemográficas (edad, número de hijos/as y situación laboral). En el segundo paso, las que guardan relación con las condiciones del embarazo y el parto (tipo de centro de parto, plan de parto, duración del parto, parto natural y contacto piel con piel). En el tercer paso, aquellas relacionadas con las principales prácticas que definen la crianza natural como son la lactancia, el colecho y el porteo (tiempo de lactancia materna, dificultades para la lactancia materna, dificultades del sueño, descanso del padre y de la madre, tiempo de colecho, asesoramiento sobre el porteo y razones para el porteo). Y finalmente, en el cuarto paso, variables relacionadas con el cuidado y la educación del bebé (tiempo de cuidado del bebé y reacción del bebé ante la marcha de la madre/del padre).

Todas las variables incluidas en los modelos de regresión fueron estandarizadas con el fin de evitar que las distintas escalas de las variables pudieran influir en los resultados del análisis. Además, se exploraron los supuestos de no-colinealidad, normalidad de los residuos, linealidad de las relaciones entre variables y homocedasticidad de las varianzas (Tabachnick y Fidell, 2007). Para la interpretación de la significación global del modelo se interpreta el valor de R^2 y la R^2 de cambio y el estadístico F, que indican la proporción de varianza explicada por el modelo y la contribución de cada uno de los pasos al mismo. Además, para cada

variable introducida en el modelo se presenta su coeficiente de regresión estandarizado, la significatividad del mismo y el valor de correlación semiparcial al cuadrado.

2. Caracterización de la metodología de investigación interpretativa

2.1. El enfoque fenomenológico.

La investigación cualitativa en el marco de las ciencias sociales se ha ido perfilando como una metodología insoslayable cuando se trata de describir las vivencias de las personas, su manera de entender y mostrarse en el mundo, y para profundizar en los sentidos de esas expresiones sobre los acontecimientos y experiencias propias.

Es casi imposible poder caracterizar la investigación cualitativa si no tenemos enfrente, como referente de contraste, el paradigma cuantitativo del que emanan muchos de sus rasgos debido a la incapacidad histórica de servir a muchos propósitos de investigación dentro del campo de las humanidades y del estudio de las personas en sus sociedades (educación, antropología, etnografía, psicología, sociología, entre otros). Álvarez–Gayou (2003) resume las características generales del paradigma positivista o cuantitativo:

- El punto de partida del científico es la realidad, que mediante la investigación le permite llegar a la ciencia. El científico observa, descubre, explica y predice aquello que lo lleva a un conocimiento sistemático de la realidad.
- Los fenómenos, los hechos y los sujetos son rigurosamente examinados o medidos en términos de cantidad, intensidad o frecuencia.
- La realidad se considera estática.
- Se pretende la objetividad en el investigador
- Las situaciones “extrañas” que afecten a la observación y la objetividad del investigador se controlan y evitan.
- Se considera que hay una realidad ahí fuera que debe ser estudiada, capturada y entendida.

El presupuesto epistemológico central es que existe una realidad independiente del pensamiento humano esperando a ser descubierta. Sin embargo, no todas las epistemologías parten de esa visión inamovible, como señalan Taylor y Bogdan (1986) al describir la aparición de la fenomenología como paradigma de investigación dirigido a comprender el hecho social desde la perspectiva de sus protagonistas y desde la reconstrucción de un mundo interno de significados mediante un planteamiento caracterizado por estos diez rasgos que definen, a su juicio, la investigación cualitativa:

- La investigación cualitativa es inductiva.

- En la metodología cualitativa el investigador ve el escenario y a las personas en una perspectiva holística.
- Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio.
- Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.
- El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.
- Para el investigador cualitativo, todas las perspectivas son valiosas.
- Los métodos cualitativos son humanistas.
- Los investigadores cualitativos ponen de relieve la validez de su investigación.
- Para el investigador cualitativo todos los escenarios y personas son dignos de estudio.
- La investigación cualitativa es un arte.

Si el marco cualitativo es tomado como conjunto de procedimientos de investigación es necesario abordar los conceptos de validez, confiabilidad y muestreo. Álvarez–Gayou (2003), abiertamente crítico con los sesgos positivistas de ciertas prácticas cualitativas, contrapone el prestigio de estos conceptos heredados de la investigación cualitativa a los que realmente definen el paradigma cualitativo de necesidad de autenticidad, corroboración estructural y muestra representativa en sí misma.

Mientras en el paradigma cuantitativo se persigue una verificación permanente de los datos sobre una muestra cuidadosamente seleccionada por su representatividad para poder generalizar los resultados, en la investigación cualitativa no es indispensable asegurar hasta el final la validez y la confiabilidad mediante triangulaciones de métodos y número de investigadores sino perseguir las condiciones de autenticidad para obtener una situación real en la que se recoja el sentir de las personas participantes.

Esta misma posición de defensa del paradigma cualitativo la podemos ver expresada en muchos autores tratando de compensar el mayor prestigio que aún desprende el positivismo y el empirismo a causa de los éxitos en el campo aplicado de la tecnología, lo que provoca un sobreesfuerzo filosófico innecesario para fortalecer el ámbito de la investigación cualitativa en las ciencias sociales (Maykut y Morehouse, 1994).

De todo lo expuesto hasta aquí, es preciso señalar y comentar, para ir caracterizando la particular relación de la investigadora de este estudio con el paradigma y con la realidad investigada, algunas circunstancias que hacen de este marco el idóneo para su investigación:

- El carácter inductivo de la investigación cualitativa desarrollada aquí es fundamental, toda vez que no existe una teoría inicial que comprobar, más bien todo lo contrario, se trata de averiguar si existen patrones de comportamiento implícitos o auto-constituidos que se funcionen como marco referencial para la comunidad estudiada.
- El escenario en el que se desenvuelve la comunidad estudiada es heterogéneo pero con unos intereses compartidos y determinado por unas mismas circunstancias espaciales y temporales.
- La investigadora forma parte de esta comunidad y sus interacciones se estudian dentro de ella, pero su intención de someter a estudio estas interacciones son posteriores, con lo que su capacidad de influir como observadora en ella es nula, por lo que la sitúa en una situación de auténtico privilegio para describir una realidad que conoce desde dentro como cualquier otro participante.
- El hecho de que el grupo no se sienta observado preserva totalmente la naturalidad y espontaneidad de las evidencias halladas.

La acción de suspender creencias y predisposiciones, no es incompatible con la mirada de naturalista y no impide que la investigación tenga validez, como señala Andréu (2000) cuando indica que “(...) es lícito hacer manifiestas las posiciones o ideas del investigador, pues qué duda cabe, influirán en la forma de enfocar la realidad” (p. 11). La validez de la investigación se fundamenta en la autenticidad de la muestra por su capacidad para reflejar la intensidad de unas interacciones comunicativas en una comunidad real.

El carácter humanista está presente de una manera permanente en el tema y ámbito de esta investigación relacionada con la crianza natural y con las expresiones de subjetividad de las personas protagonistas de la muestra, cuyo valor reside precisamente en estar contaminados de emociones y sentimientos.

Lo que hace a un investigador/a inclinarse por un paradigma u otro es la necesidad de encontrar un tipo de explicación a la realidad que investiga, un enfoque, una metodología y unas técnicas o prácticas investigadoras concretas. En nuestro caso, la necesidad de responder a las preguntas de investigación planteadas, es la que nos hace elegir la investigación cualitativa y fenomenológica, como se explica a continuación.

Dentro del paradigma cualitativo existen numerosos marcos teóricos o interpretativos cuyas fronteras, en ocasiones, dependen de acentuar más unos rasgos en favor de otros o de especificar una determinada manera de situar al observador, de la definición del contexto, del grupo investigado, del enfoque en unos datos en vez de en otros, o de la manera en que se procesa la información recabada, como puede suceder entre la etnografía, el interaccionismo simbólico, la hermenéutica, la etnometodología, la fenomenología o la teoría fundamentada, por citar solo los más conocidos.

El marco epistemológico impone unas condiciones a la realidad investigada en una relación de mutua dependencia con ella y con las intenciones del investigador, por lo que la elección de la metodología es una declaración de las intenciones y los intereses de la persona que se plantea interrogantes. De esta manera, el marco teórico o interpretativo ayuda a enfocar los problemas según avanzan las fases y avatares de la investigación.

En la presente investigación, como demuestra su carácter cualitativo, se ha desarrollado durante un buen tiempo, como se verá más adelante en la descripción de las fases de este estudio, entre ambigüedades, subjetividades, intenciones y objetivos de investigación que han tenido que abandonarse ante nuevos descubrimientos parciales, etc., es decir, progresando como lo hace una investigación etnográfica que avanza definiendo así su propia naturaleza (Taylor y Bogdan, 1986).

Al desarrollo del presente estudio le ha sido de gran ayuda situarse dentro del marco etnográfico por las razones que se desprenden de las siguientes definiciones. Si para Aguirre (1995) el término etnografía es “(...) el estudio descriptivo (*graphos*) de la cultura (*ethnos*) de un comunidad” (p. 3), para Goetz y LeCompte (1988), la etnografía es “(...) una descripción o reconstrucción analítica de escenarios y grupos intactos que recrean para el lector las creencias compartidas, prácticas, artefactos, conocimiento popular y comportamientos de un grupo de personas” (p. 28).

Dado que la etnografía supone un acercamiento fenomenológico, sin prejuicios y holístico a las representaciones internas de la cultura del grupo humano observado, Van Lier (1990) afirma que el desarrollo de un estudio etnográfico debe cumplir una serie de requisitos indispensables para asegurarse de estar haciendo verdadera etnografía:

- Adhesión incondicional a los principios éemicos (punto de vista interno de la propia cultura) y holísticos (visión global integradora).
- Examen detallado de los límites significativos que se establecen para el contexto.

- Transparencia en la exhibición de los procesos que rigen las elecciones de ciertas variables pero no de otras.
- Una mirada amplia, profunda, minuciosa y paciente hasta ver aflorar los resultados.

Aunque las designaciones de etnográfico, naturalista y cualitativo suelen utilizarse como palabras equivalentes, no obstante, según precisa Watson–Gegeo (1988), *etnográfico* se refiere al objeto de estudio, *naturalista* al entorno de la investigación y *cualitativo* a la naturaleza del resultado. A continuación, esta misma investigadora propone tres principios que ayudan a definir el campo de estudio y la manera de calibrar la mirada:

- a) mostrar interés por el comportamiento de las personas en el grupo y por los modelos culturales que lo regulan,
- b) adquirir visión holística para explicar cualquier fenómeno del comportamiento dentro de su sistema de referencia,
- c) sustituir su “ontología implícita” (actitudes, valores y prejuicios) por la estructura teórica del etnógrafo.

Esta “ontología implícita” que la etnografía sustituye por sus técnicas de investigación implica no asumir concepciones *a priori* ni hipótesis que deben estudiarse, como en el análisis experimental para su confirmación o refutación. Así resume Taft (1997) las recomendaciones de Malinowski para no alejarse del método etnográfico:

El método etnográfico es cualitativo y holístico, y hace uso de la intuición del investigador, de su empatía y de su habilidad general para aprender otra cultura. Al investigador le preocupa más el descubrimiento que la verificación y esto requiere preparación para formular, comprobar y si fuera necesario descartar muchas corazonadas. Mientras los investigadores desarrollan sus hipótesis al perseguir problemas prefigurados deben permanecer alerta a los datos que las refutan, apoyan o arrojan dudas sobre las dichas hipótesis y deben estar preparados para modificarlas de acuerdo con el progresivo conocimiento de los fenómenos que estudia. (p.74)

Para ayudar a precisar aún más la perspectiva de nuestra investigación, hay rasgos de varios enfoques que están dentro del marco general de la etnografía que nos resultan especialmente valiosos dentro del carácter fenomenológico de dar curso a una realidad sin formato preestablecido.

Si la fenomenología se preocupa por el significado que las personas le atribuyen a sus experiencias vividas, y el interaccionismo simbólico lo hace por la manera en que estos significados se constituyen y sirven de referente en sus comunicaciones diarias (Taylor y Bogdan, 1986), la etnometodología vincula tan estrechamente estos significados a los

contextos cotidianos y prácticos que los generan que hace imprescindible el análisis contextual de cada significado para poder interpretarlo.

El interés para nuestra investigación de estos marcos interpretativos, con sus diferentes particularidades, estriba en su posición de neutralidad naturalista ante los fenómenos que aparecen en la muestra, en el acercamiento respetuoso al sentido de las ideas de las personas para poder determinar cómo las repetidas interacciones en el seno de la comunidad estudiada va modelando la formación de los conceptos acerca de la crianza.

2.2. La etnografía virtual.

Finalmente, hay que hacer mención al ámbito en el que se genera y obtiene la muestra de análisis de esta investigación: una comunidad de personas que interaccionan en un grupo de mensajería instantánea. Las relaciones de las personas en entornos mediados por la tecnología ha abierto una vía de investigación denominada *etnografía virtual*.

Existen muchas aproximaciones epistemológicas y propuestas metodológicas con denominación propia como *etnografía digital*, *etnografía en/a través de internet*, *etnografía conectiva*, *etnografía de la red*, *ciber-etnografía* (Domínguez, Beaulieu, Estalella, Gómez, Schnettler, Bernt y Read, 2007) que se plantean si los nuevos medios precisan de nuevas formas de indagación en la investigación social mediada por tecnología, especialmente en los foros *online* de discusión (Arriazu, 2007), o si estamos ante una nueva modalidad de etnografía virtual para poder dar cuenta de las interacciones en las comunidades virtuales por tratar con sujetos de identidad virtual (Gómez, 2002).

Estas comunidades virtuales o electrónicas son tenidas en cuenta como un modo de agrupamiento social mediado por ordenador, definiendo una *cibersociedad* en la que se genera un modelo de relación personal y de gestión la información definida tan solo por las acciones de leer y escribir mensajes (Jones, 2003).

Ciertamente, la complejidad que supone abordar desde los paradigmas y métodos clásicos un ámbito de *ciberrelación* tan nuevo, pero a la vez tan integrado ya como práctica social y comunicativa, y la ausencia de referencias de otros estudios que aborden una muestra como la que se utiliza en esta investigación, no hace fácil la concreción final de un marco epistemológico sólido.

No obstante, como defiende Hine (2004), la etnografía se fortalece, precisamente, por su falta de recetas y de protocolos, dado que su metodología es inseparable de los contextos donde se aplica, por lo que el desarrollo de su método es parte del proceso de adaptación de la

mirada a cada contexto especial que estudia. Esta misma autora propone los principios de la etnografía virtual:

- La presencia sostenida del etnógrafo en su campo de estudio, combinada con un compromiso profundo con la vida cotidiana de los habitantes de ese campo, dan pie a ese tipo de conocimiento especial que llamamos etnográfico.
- Los medios interactivos nos desafían y nos dan la oportunidad de hacer etnografía, pues sacan a relucir la cuestión relativa al "sitio de interacción". El ciberespacio no necesariamente tiene que ser visto como un lugar apartado de cualquier conexión con la "vida real" o de la interacción cara a cara.
- El crecimiento de las interacciones mediadas nos invita a reconsiderar la idea de una etnografía ligada a algún lugar en concreto o, inclusive, a múltiples espacios a la vez.
- El objeto de investigación etnográfica puede reformularse, convenientemente, para centrarse en los flujos y las conexiones en vez de en las localidades y los límites como principios organizadores.
- El reto de la etnografía virtual consiste en examinar cómo se configuran los límites y las conexiones, especialmente, entre lo "virtual" y lo "real".
- La implicación personal con contextos mediados se entremezcla con interacciones en otras esferas y otros medios.
- Una descripción holística de cualquier informante, locación o cultura es algo imposible de lograr, por lo que la noción del informante, lugar o cultura preexistente, enteramente aislable y descriptible, tiene que quedar atrás.
- La etnografía virtual implica una intensa inmersión personal en la interacción mediada.
- Todas las formas de interacción son etnográficamente válidas, no sólo las que implican una relación cara a cara.
- La etnografía virtual se adapta al propósito práctico y real de explorar las relaciones en las interacciones mediadas, aunque no sean "cosas reales" en términos puristas. Es una etnografía adaptable según las condiciones en que se encuentre.

Este enfoque interpretativo mixto (etnográfico virtual–fenomenológico–interaccionista–etnometodológico) proporciona el marco de referencia epistemológico idóneo en el que situar

el método de análisis elegido para desarrollar esta línea de investigación cualitativa: el análisis de contenido cualitativo que se explicará más adelante.

2.3. Objetivos y cuestiones de estudio.

La decisión de plantear, como ya se expuso más arriba, una investigación cualitativa incrustada en una investigación cuantitativa obedeció a la intención de obtener una visión cercana sobre cómo se desarrollaba la crianza en un ámbito cotidiano de madres y padres con bebés de pocos meses partiendo de las intervenciones que realizaban de manera regular en una aplicación de mensajería instantánea. Nos interesaba entrar tanto en su mundo de creencias como en el de su sistema familiar y en el de su apoyo informal, y no conformarnos sólo con una mera descripción y catalogación de sus prácticas.

Las intenciones de obtener conocimiento de manera fenomenológica sin ningún marco hipotético previo se mezclaban con la intención clara de saber hasta qué punto las prácticas de crianza declaradas en ese grupo se podían asimilar o no, o decidir en qué grado, a las prácticas más representativas de la crianza natural. De este modo, y tras múltiples prototipos de preguntas que trataban de conciliar ambos intereses, se llegó a las siguientes formulaciones:

1. *¿Sobre qué temas conversan las personas participantes en el grupo?*
2. *¿Cuáles son las evidencias que permiten afirmar que se realizan en ese grupo prácticas de crianza natural?*

Como ya se ha expuesto, las decisiones de elección metodológica están íntimamente relacionadas con la realidad que se quiere explorar y con las preguntas que se intenta responder. En este momento de la formulación de las preguntas comenzó el proceso de búsqueda de un modelo específico de análisis de las interacciones de este grupo para obtener la información necesaria que permitiera responder a las preguntas planteadas, una de carácter más exploratorio e inductivo (*down-top*) y la otra más comprobatoria y deductiva (*top-down*).

2.4. El análisis de contenido como método de investigación.

Un rasgo constante de todos los marcos interpretativos cualitativos que se han venido mencionando hasta aquí es la insistencia en la importancia del significado de los mensajes de las personas para poder alcanzar un conocimiento verificable de las conductas de la vida humana. Las técnicas de investigación de estos modelos interpretativos se dirigen tanto a las muestras explícitas como a los sentidos latentes de las manifestaciones que realizan los

grupos de personas sobre las cosas que ocurren en su mundo, y justamente, partiendo de este vasto material, es el carácter científico el que insta a estos modelos a proceder con sistematicidad en el tratamiento de la información recabada para situarse en un punto de vista que le dé sentido.

Si el análisis conversacional se preocupa por los datos que emergen de la estructura colaborativa de las interacciones (aperturas, turnos de palabras, cierres conversacionales, etc.), y la etnometodología se preocupa por no dejar ningún contenido sin su contexto de referencia, el interaccionismo simbólico lo hace por construir desde el escenario natural una red de significados internos propios de esa comunidad investigada para poder hacerlos comprensibles a las personas que no pertenecen a ese grupo (Álvarez–Gayou, 2003).

Todos estos marcos de investigación especifican una técnica y unos principios que definen sus procedimientos para obtener la información. En nuestro trabajo, el análisis de contenido cualitativo es el procedimiento que mejor se adapta al propósito de responder a las preguntas de investigación dentro del paradigma de investigación fenomenológica previamente asumida.

En los dos apartados siguientes presentaremos, en primer lugar, los fundamentos, componentes y procedimientos que definen la disciplina del análisis de contenido con la finalidad de enmarcar, en un segundo momento, el tipo específico de análisis de contenido cualitativo aplicado.

2.4.1. Definición y componentes del análisis de contenido.

Son muchas las definiciones que podemos encontrar de la metodología de investigación del análisis de contenido, tanto en su orientación cuantitativa como cualitativa. Neuendorf (2002) lista hasta siete definiciones de autores reconocidos, antes de proponer la suya, en las que aparecen de manera repetida términos como *objetividad, sistematicidad, contenido manifiesto, comunicación, textos, contextos, inferencias, técnica de investigación, descripción, contenido, datos, símbolos, reglas, relaciones, valores o significado*.

Basta conectar estas palabras sueltas para hacerse una idea del sentido y finalidad de esta técnica de investigación, que según Bardin (1986) tiene dos funciones prácticas indisociables: una función heurística y otra a la que denomina de "administración de prueba", aspectos que dan forma a su propia definición:

Un conjunto de técnicas de análisis de comunicaciones tendente a obtener indicadores (cuantitativos o no) por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido

de los mensajes, permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (variables inferidas) de estos mensajes. (p. 32)

El análisis de contenido se presenta de ese modo como un procedimiento que quiere profundizar de manera sistemática en el sentido de la comunicación, pero también como una técnica que puede ofrecer evidencias de que un análisis es algo más que una interpretación libre o una suma de impresiones del analista de contenidos.

El análisis del contenido no es la única disciplina que se preocupa de objetivar de manera sistemática y de hacer inferencias para hacer emerger el sentido latente de las comunicaciones. Hay una serie de ciencias (Bardin, 1986) y técnicas limítrofes (Andréu, 2000) como el análisis lingüístico, el análisis documental, el análisis textual, el análisis de discurso y el análisis semiótico con las que es conveniente confrontar el análisis de contenido para poder demarcar su propio territorio epistemológico (ver tabla 8).

Tabla 8: *Técnicas limítrofes del Análisis de Contenido (adaptado de Andréu, 2000)*

Análisis lingüístico	Análisis de contenido
Describe las reglas de funcionamiento de la lengua, sus formas y su distribución.	Trabaja sobre la práctica de la lengua, las significaciones (latentes y profundas) para saber lo que hay detrás de las palabras.
Análisis documental	Análisis de contenido
Representa el contenido de un documento bajo una forma diferente a la original mediante clasificación e indexación temática para la representación condensada de su información para almacenamiento y consulta.	Establece inferencias o explicaciones mediante análisis categorial temático sobre una realidad representada en los mensajes comunicativos.
Análisis textual	Análisis de contenido
Se realiza partiendo de las muestras textuales.	Tiene en cuenta observaciones no textuales porque busca el sentido a algo localizado fuera de él.
Análisis de discurso	Análisis de contenido
Hace referencia al acto conversacional y a los procesos estructurales de interacción desde enfoques teóricos interpretativos que orientan unidimensionalmente su sentido.	Plantea la búsqueda última del sentido del texto desde la ausencia de marcos preestablecidos.
Análisis semiótico	Análisis de contenido
Se ocupa del significado de los textos mediante el signo como unidad última de análisis para construir un texto analítico con un aparato descriptivo-interpretativo de las acciones de los sujetos.	Se ocupa del significado de los textos para desvelar el contenido oculto de los mensajes comunicativos.

El análisis de contenido se configura específicamente, pues, como una disciplina heurística, contextual, semántica, capaz de categorizar y cuantificar, si es preciso, pero sin perder de vista su capacidad de retratar de manera holística el proceso humano de la significación y de la comunicación.

Krippendorff (1990) sitúa el análisis de contenido dentro de un marco de referencia conceptual prescriptivo, analítico y metodológico, es decir, como un procedimiento de análisis que debe seguir unas reglas que aseguren su validación como procedimiento científico, coherente y sistemático en el que se articulan estos elementos:

- Los *datos*, tal como se comunican al analista.
- El *contexto* de los datos.
- La forma en que *el conocimiento del analista* lo obliga a dividir su realidad.
- El *objetivo* de un análisis de contenido.
- La *inferencia* como tarea intelectual básica.
- La *validez* como criterio de supremo éxito.

Los fenómenos que componen el contexto real de las comunicaciones se convierten, gracias al objetivo de la investigación, en una representación que el analista construye con los datos obtenidos y las relaciones estables entre los conceptos que van consolidándose. A esta realidad construida entre las relaciones estables entre datos y contexto la denomina *construcción analítica*, y sirve como marco de referencia para poder realizar inferencias, esto es, para poder obtener esos sentidos latentes de los que venimos hablando y que son necesarios para que la investigación arroje luz sobre los aspectos enfocados desde sus objetivos.

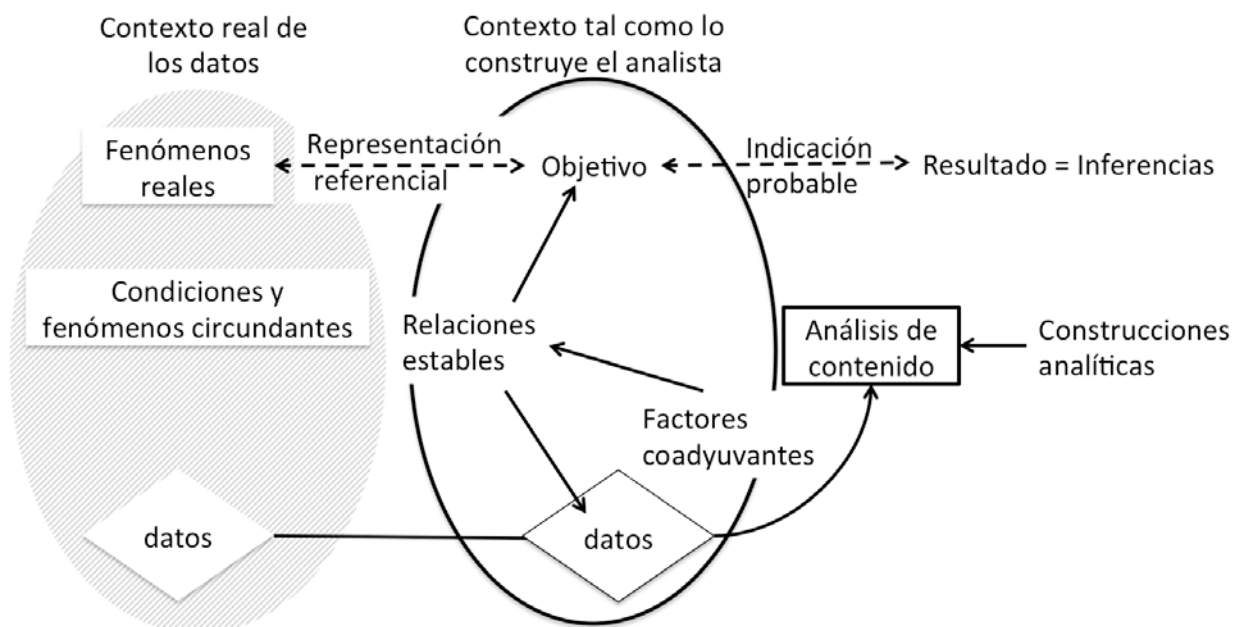


Figura 6: Marco de referencia para el análisis de contenido de Krippendorff (1990)

La situación que se encuentra el analista de contenido es el contexto real de los datos que ofrece su muestra de comunicación, con todos sus rasgos y condicionantes, que el propio

proceso de análisis convierte en un contexto más manejable y elocuente. Este proceso es el que permite realizar inferencias, que no son otra cosa que la visión profunda del sentido de la comunicación que reconstruye el analista de contenido partiendo de las evidencias interrelacionadas en un sistema de interpretación construido desde dentro.

Si este mapa hace explícitas las operaciones epistemológicas sobre cómo el análisis de contenido "recrea" una realidad para sacar a la luz un sentido oculto, Krippendorff (1990) describe en el siguiente (figura 7) los componentes del análisis de contenido en un esquema dinámico, es decir, los elementos vistos como pasos de un proceso sistemático.

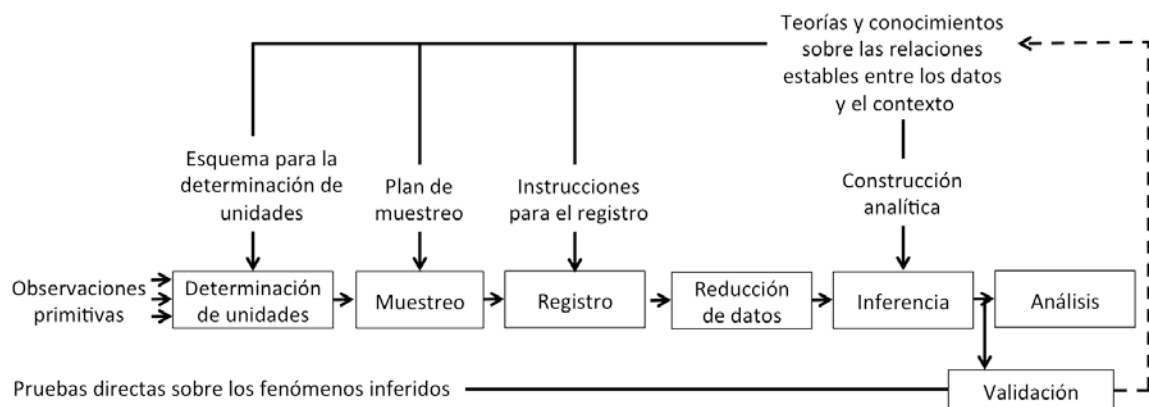


Figura 7: Procedimientos utilizados en el análisis de contenido (Krippendorff, 1990)

En primer lugar está la *elaboración o formulación de los datos* que comprende tres operaciones regidas por los objetivos de la indagación y por la observación de los datos en su contexto de origen: determinación de las unidades, muestreo y registro (denominado codificación por otros autores). Las unidades son el resultado de sucesivas fragmentaciones de la realidad que se va a analizar y son el resultado de cada una de estas operaciones, con lo que tendremos *unidades de muestreo*, *unidades de registro* y *unidades de contexto* (que ayudan a asegurar en sentido de las unidades de registro).

La *reducción de los datos* se relaciona con la manera de adecuar los datos dependiendo de la técnica utilizada y va desde la estadística o algebraica a la simple eliminación de los detalles que carecen de relevancia.

La *inferencia* se sitúa como el momento en el se construye el sentido validando su consolidación a medida que avanzan las inferencias, y finalmente el *análisis* se encarga de los procesos más convencionales de identificar o describir las pautas recurrentes que den cuenta de los resultados.

Neuendorf (2002) propone un diagrama de flujo detallado para describir y explicar el proceso típico investigación de análisis de contenido, bien realizado por humanos o por computadoras, con los siguientes pasos y recomendaciones (recogemos solo el trayecto humano, dado que también es posible introducir el tratamiento informático en la codificación):

1. Teoría y razón de ser: ¿Qué contenido se examinará y por qué? ¿Hay ciertas teorías o perspectivas que indican que este contenido determinado mensaje es importante estudiar?
2. Las conceptualizaciones: ¿Qué variables se utilizarán en el estudio, y cómo se definen conceptualmente?
3. Operacionalizaciones (medidas): Sus medidas deben coincidir con sus conceptualizaciones (a esto se llama validez interna). ¿Qué unidad de recogida de datos se utilizará?
4. Codificación de esquemas: es necesario crear un "libro de códigos" (con todas las medidas de variables totalmente explicadas) y explicar la forma de codificación.
5. Muestreo: ¿Es un censo de todo el contenido posible? ¿Es por período de tiempo, por tema, por páginas, por canal?
6. Formación y pilotaje de fiabilidad: sesiones de entrenamiento para que los codificadores se pongan de acuerdo sobre la codificación de las variables y en una prueba de codificación independiente, probar la fiabilidad de cada variable. En cada etapa, se debe revisar el libro de códigos o la forma de codificación, según sea necesario.
7. Codificación: al menos dos codificadores para poder establecer fiabilidad. La codificación se debe hacer de manera independiente, con al menos 10% de superposición para la prueba de fiabilidad.
8. Fiabilidad final: aplicar un modelo de fiabilidad para cada variable.
9. Presentación de informes: ver varios ejemplos de los resultados del análisis de contenido para ver las formas en que los resultados pueden ser ofrecidos al lector.

Así pues, el análisis de contenido, independientemente de su orientación original hacia el estudio cuantitativo o hacia el más reciente de orientación cualitativa, sigue ofreciendo unas ventajas indudables para Mayring (2000), que son las que hace que en definitiva, se apliquen en nuestro estudio como técnica de investigación:

- La situación del material de estudio en un modelo de comunicación para inferir sentidos desde el comunicador, la situación del texto, sus aspectos socioculturales, los efectos del mensaje, etc.
- Reglas de análisis que se van perfilando durante el proceso y que permiten dividir el material en unidades de análisis más interpretables.
- Categorías centrales de análisis durante la interpretación continua del texto que se revisan mediante procesos de *feedback* que ayudan a construir las ideas fundamentales del investigador.
- Criterios de fiabilidad y validez mediante procedimientos de control de calidad sobre la codificación para relacionar texto y contexto, y, lo que es más importante, asegurar la reducción de códigos en la búsqueda de teorías interpretativas.

Veremos en el siguiente apartado cómo las características de las interacciones de nuestra muestra y las preguntas de investigación nos hacen concretar aún más el modelo de análisis de contenido que hemos aplicado para poder examinar e interpretar su contenido de conforme al plan de investigación.

2.4.2. Caracterización del análisis de contenido cualitativo.

Una vez presentados de manera general los conceptos y procedimientos fundamentales del análisis de contenido, presentaremos en este apartado los rasgos específicos del análisis de contenido cualitativo haciendo referencia a los elementos que caracterizan este tipo de análisis, lo cual determinará las decisiones que se han tomado para darle forma a nuestra investigación.

La primera consideración tiene que ver con la relación que mantiene la técnica del análisis cualitativo con la visión de la realidad que proyectan sus principios epistemológicos, es decir, cómo la manera de concebir el significado en la cultura de las personas condiciona la metodología de trabajo científico.

Uno de los principales debates mantenidos desde los años cincuenta dentro del campo del análisis de contenido es sobre su naturaleza, sobre si debe ser cuantitativo o cualitativo. Berg (2001) analiza este debate y llega a la conclusión de que las posiciones enfrentadas, desde el positivismo más extremo al carácter más interpretativo, se deben a la mayor o menor importancia que se le otorga a la propia técnica frente al sentido de la realidad que se pretende explicar. Los investigadores que defienden el modelo de análisis de contenido cuantitativo lo hacen por razones de objetividad, científicidad y reproductibilidad, dado que enfatizan más en

los procedimientos de análisis que en el carácter de los datos disponibles, mientras que los que defienden el análisis de contenido cualitativo anteponen la complejidad de la comunicación, repleta de ambigüedades, metáforas, símbolos, silencios y sentidos múltiples que no pueden reducirse a meras estadísticas y números.

La segunda consecuencia que apunta el autor anteriormente citado, o quizá el origen verdadero de esta polémica, tiene que ver con el tipo de contenido, es decir, sobre si el análisis se debe limitar al contenido manifiesto (elementos computables) o extenderse al contenido latente, en cuyo caso se estaría ampliando la actividad del análisis de contenido hacia la interpretación del simbolismo subyacente a los datos objetivables. Este último extremo es algo que de ninguna manera admiten los investigadores cuantitativos porque debilita la fiabilidad de la técnica, apoyada en la reproductibilidad de las interpretaciones por parte de dos o más analistas: cuanto mayor es la interpretación de lo latente, menor posibilidad existe de que dos personas coincidan en un mismo sentido, lo que aleja esta actividad del paradigma científico y la acerca a otras disciplinas interpretativas. La solución propuesta, era de esperar, es mixta y conciliadora: equilibrar, según la naturaleza y el sentido de cada investigación, el recuento con la interpretación de tal manera que el contenido del análisis no se vea reducido a una estadística seca ni tampoco a un comentario de textos especulativo.

Álvarez-Gayou (2003) incluye el análisis de contenido como método cualitativo para la obtención de información en una categoría de que denomina híbrida, dado que el análisis de contenido “es uno de los procedimientos que más se acercan a los postulados cualitativos desde sus propósitos; busca analizar mensajes, rasgos de personalidad, preocupaciones y otros aspectos subjetivos” (p. 163). Este mismo autor, además de enfatizar el carácter cualitativo de esta técnica, en ocasiones menospreciado por las aplicaciones desde el paradigma cuantitativo, prosigue su descripción señalando que la codificación en el examen de los datos es el proceso esencial del análisis de contenido cualitativo, y que debe ser conducido con flexibilidad, orden y cuidado para detectar los elementos relevantes del discurso y su agrupación en categorías de análisis dado que ayuda a comparar realidades, generar patrones, detectar tendencias y proporcionar explicaciones complementarias y alternativas para comprender mejor los fenómenos que se estudian.

El análisis de contenido cualitativo tiene como campo de observación las interacciones comunicativas entre las personas, lo que implica sumergirse en una compleja trama de actitudes como pueden ser la confianza, la precisión, el conocimiento del tema, el sentido del

humor, la ironía, la expresión o contención de emociones, los malentendidos y aclarados, la cortesía o los desplantes, los acuerdos y los desacuerdos, que pueden producir dificultades a la hora de aclarar algunos sentidos. Los esquemas sociales que poseemos de la relación con los demás tienen también capacidad de hacer muy complejo el contexto de la comunicación dado que contienen datos de los sujetos (edad, sexo, aspecto físico, personalidad, familiaridad, cultura), de la posición que ocupan y de la función que desempeñan en la organización social (Piñuel, 2002).

La orientación cualitativa del análisis de contenido está amparada, finalmente, por la propia orientación del enfoque de investigación cualitativo por lo que le afectan desde ese mismo momento sus procedimientos característicos: acceder a las experiencias, interacciones y documentos en el contexto natural, abstenerse de partir de ninguna hipótesis, adaptar el método con flexibilidad para hacerlo encajar con el problema estudiado, vigilar de manera crítica la influencia y el rol de los investigadores en las decisiones, prestar mucha atención al contexto para comprender todos los puntos internos al problema, trabajar los documentos de manera extensa y profunda, y debatir la adecuación de la evaluación para la garantizar la calidad de la investigación cualitativa (Angrosino, 2012).

2.4.3. La validez del análisis de contenido cualitativo.

Los criterios de validez de una investigación cuantitativa no son aplicables a una investigación de corte cualitativo debido a la relación de sus planteamientos metodológicos con los postulados epistemológicos y a las creencias implícitas como paradigma de investigación, lo cual se puede ver en los objetivos, la naturaleza del conocimiento perseguido, los valores y los procedimientos y técnicas utilizados (Ruiz, 2012).

Guba y Lincoln (1981) plantean una serie de criterios para evaluar la fiabilidad de las investigaciones "naturalistas" o cualitativas, partiendo de los cuatro aspectos que definen tradicionalmente la validez: veracidad, aplicabilidad, consistencia y neutralidad, que adquieren diferentes denominaciones dependiendo del paradigma de investigación aun cuando su sentido, previamente contextualizado en cada uno de ellos, persigue los mismos fines de validez (ver tabla 9).

Tabla 9: *Términos Científicos y Naturalistas apropiados definir la Validez (adaptado de Guba y Lincoln, 1981 y 1994)*

Tradición	Positivismo	Naturalismo	Descripción y acciones típicas
Veracidad	Validez interna	Credibilidad	Elementos que permiten a los demás reconocer las experiencias de los participantes a lo largo del estudio. Comprobación de la representatividad de los datos como un todo. Participación de un miembro del grupo investigado para asegurar que las interpretaciones del investigador son descripciones precisas de las experiencias de los participantes.
Aplicabilidad	Validez externa	Transferibilidad	Habilidad para transferir los resultados de la investigación de un grupo a otro. Las abundantes descripciones se usan para proporcionar al lector información detallada del contexto. Se espera que la comprensión se producirá si ambos contextos son similares.
Consistencia	Confiabilidad	Dependencia	Permite que otro investigador pueda recorrer el mismo camino transitado por el investigador. Hacer que los compañeros participen en el proceso de análisis.
Neutralidad	Objetividad	Confirmabilidad	Actitud autocrítica por parte del investigador sobre cómo las propias preconcepciones afectan a la investigación.

Para fortalecer la *transferibilidad* y producir resultados contextualmente relevantes que reduzcan la no comparabilidad que pueden generar la situación de unicidad, durante el estudio se deben recoger abundantes datos y hacer muestreos y revisiones teóricas, y después del estudio, realizar descripciones extensas.

Para fortalecer la *dependencia* y producir resultados estables que reduzcan inestabilidad que pueden generar los cambios instrumentales, durante el estudio se deben utilizar métodos de superposición, usar la replicación escalonada, y después del estudio, realizar revisiones y evaluaciones del método.

Para fortalecer la *confirmabilidad* y producir resultados imparciales que reduzcan las tendencias que pueden generar las predilecciones del investigador, durante el estudio se debe practicar la triangulación y la autorreflexión y después del estudio, realizar evaluaciones del producto final.

En la línea de garantizar la validez tanto del proceso como de los resultados, en nuestra investigación se han llevado a cabo las siguientes operaciones para cada uno de los aspectos que contribuyen a generar la validez (ver tabla 10).

Tabla 10: Operaciones llevadas a cabo desde nuestra Investigación para fortalecer la Validez

Rasgos de validez	Operaciones llevadas a cabo
Credibilidad	Se ha invitado a tres miembros del grupo investigado para recoger sus impresiones tanto de las categorías y subcategorías utilizadas, como del sentido de las afirmaciones que se vuelcan en la discusión y en las conclusiones con la finalidad de ver si se corresponde con su experiencia.
Transferibilidad	Lamentablemente no se dispone de otro grupo al que se pueda hacer transferible la información obtenida en esta investigación.
Dependencia	Durante la categorización y codificación de los textos han participado tres personas solapando zonas de los textos analizados compartiendo y fusionando las diferentes categorías.
Confirmabilidad	Conforme ha ido avanzando la investigación las preconcepciones favorables de nuestra posición inicial hacia la crianza natural se han ido manteniendo alejadas con la intención de hablar a las voces recogidas en la muestra para poder obtener una respuesta fiable a las preguntas de investigación. En el caso de la pregunta de investigación que hace referencia a las categorías deductivas del modelo de crianza natural, este proceso ha sido igualmente sometido a una doble revisión, tanto por nuestra parte como por la de dos participantes más.

Todos los rasgos del análisis de contenido cualitativo mencionados hasta aquí son los que sirven de justificación metodológica para las decisiones que progresivamente se han ido tomando a lo largo del análisis, y que pasamos a detallar en el siguiente apartado.

2.5. Diseño y fases del estudio.

Como hemos visto anteriormente, la construcción analítica depende de la orientación de las teorías de conocimiento que se quieren comprobar. En nuestro caso, la circunstancia de que esta investigación de corte cualitativo se relaciona, a su vez, con una investigación cuantitativa en un modelo, ya descrito, de método mixto de diseño incrustado, ha orientado claramente sus intenciones.

El diseño de un estudio cualitativo, a diferencia del cuantitativo, está en *fase beta permanente*, es decir, en estado de constante provisionalidad y sometido a los cambios que vayan demandando los problemas que salen al paso durante todo el proceso, por lo que la flexibilidad y los denominados *preunderstandings*, es decir, los conocimientos de la experiencia anterior, son esenciales para no perder el sentido del proyecto de trabajo (Ruiz, 2012).

A pesar de esto, como afirman Elo y Kynga (2008) cuando se refieren al sentido de la fase de preparación, no hay reglas sistemáticas para el análisis de datos. La característica clave de todos los análisis de contenido es de las muchas palabras del texto original se pasa a un texto clasificado en categorías de contenido mucho más pequeñas.

Bardin (1986) señala una serie de pasos que ayudaron, en nuestro caso, a la organización inicial de nuestro análisis de contenido. Este autor plantea una estructuración del trabajo en a) el preanálisis, b) el tratamiento del material: la codificación, y c) el tratamiento de los resultados, la inferencia y la interpretación.

Por otro lado, Elo y Kynga (2008) plantean tres fases a) fase de preparación b) fase de organización y c) informe de procesos y análisis de resultados. De ambos recogemos ideas y sugerencias que se verán a lo largo del estudio, aunque adoptamos el esquema (ver figura 8) de las autoras citadas tanto por su sencillez y claridad como, sobre todo, por delinear las vertientes inductiva y deductiva que abordamos en nuestro análisis.

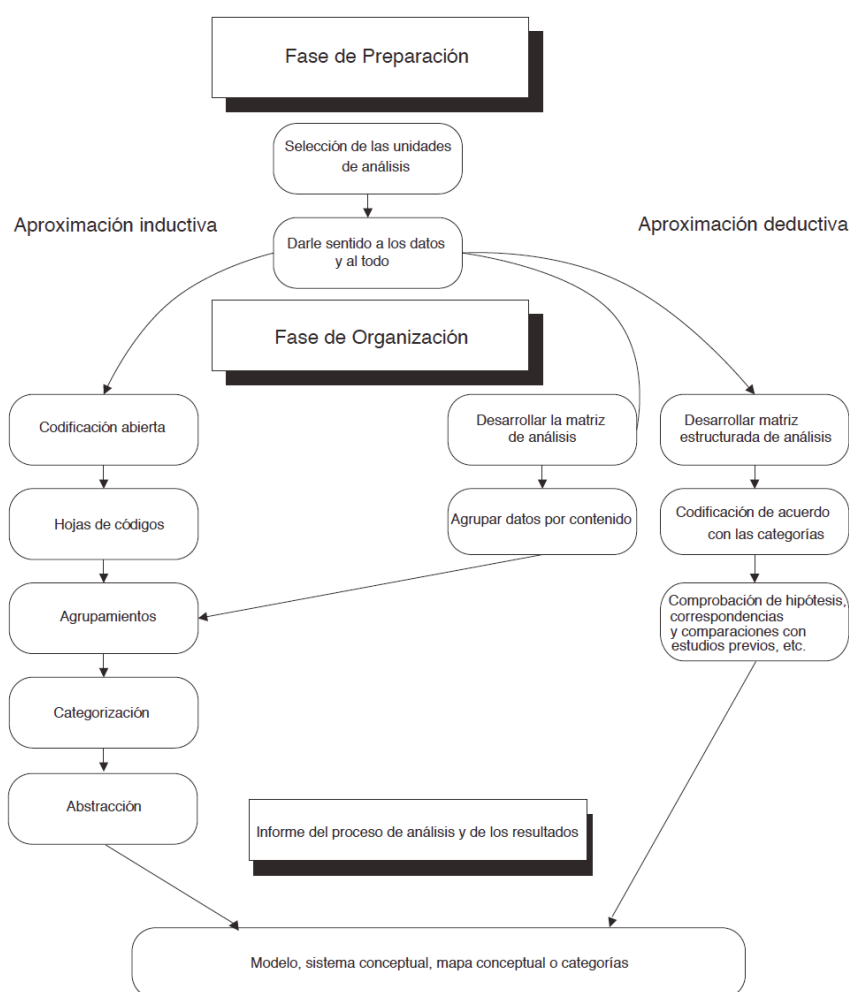


Figura 8: Fases de preparación, organización y resultados del proceso del análisis de contenido. Elo y Kynga (2008)

2.5.1. Preparación.

En esta fase se desarrolla el proceso de diseño de investigación por el cual, partiendo de los documentos disponibles, se realiza una serie de operaciones previas o de preanálisis con

las que se va dando forma a un todo coherente que debe concluir con la definición de las unidades de análisis, y como consecuencia, del modelo de diseño categorial de la siguiente fase.

El preanálisis es la fase exploratoria en la que se comienzan a vislumbrar las preguntas de investigación mientras se procede a la toma de contacto, selección y revisión de los documentos de análisis mediante técnicas como la lectura superficial.

En nuestro caso, el punto de partida eran las conversaciones de un grupo de mensajería instantánea sobre crianza, que se nos ofrecía, *a priori*, como un documento etnográfico de gran interés, tanto por el contenido de sus interacciones, como por la especial naturaleza del medio en el que se habían producido. Se trataba del vaciado de año y medio (1.126 páginas) de conversaciones mantenidas por un grupo de más de cuarenta personas en un entorno de mensajería instantánea (*WhatsApp*) y que, en la fecha de finalización de este estudio, aún permanece activo, con un ritmo diario de interacción que puede llegar en ocasiones a 600 o 700 mensajes.

Sobre este documento se aplicaron las técnicas de lectura rápida de *skimming* (lectura superficial para tomar contacto con los asuntos, participantes, manera de hablar, frecuencia y profundidad de los temas) y de lectura intencionada de *scanning* (búsqueda enfocada de palabras clave y expresiones literales con ayuda de la función "buscar" del procesador de textos).

De este modo, la principal tarea de esta fase consistió en decidir, en un proceso de permanente deliberación, qué queríamos investigar, con qué parte del material, qué preguntas de investigación se iban a formular, cómo se iba a definir y a presentar la muestra, y cómo se iban a conformar el resto de las unidades de análisis para poder proceder a la codificación.

La primera consecuencia de elegir este documento tan extenso y complejo, pero a la vez tan interesante etnográficamente, era decidir los criterios de corte. Tras el estudio de varias opciones, se decidió centrar el análisis en los meses iniciales de formación del grupo por considerarse que era la muestra más "ingenua" debido a una circunstancia poco frecuente: la investigadora es parte integrante del grupo desde su inicio en el mes de abril, pero es en el mes de septiembre cuando advierte el interés que podría tener esta muestra para su estudio y solicita al grupo el permiso para usar estas conversaciones como documento de análisis para su investigación, lo que se valora como una circunstancia que podría generar al grupo la sensación de sentirse observado a partir de ese momento. Esta fue la decisión tomada a pesar de que el *skimming* y el *scanning* indicaban que, en los meses posteriores, las evidencias

relacionadas con las prácticas de crianza iban en aumento, así como la profundidad con la que se abordaban y ampliaban los recursos y las referencias a autores y lecturas interesantes.

Etnográficamente, desde el punto de vista de la posición de las personas que se enfrentan al desarrollo de una investigación respecto a la realidad que estudian, esta circunstancia es ciertamente inusual: la investigadora forma parte de unas interacciones durante cinco meses (los meses analizado) sin imaginar que más tarde van a tomarse como material de investigación, incluidas las suyas propias.

En cuanto a las preguntas de investigación, hablar de ellas es casi relatar el proceso completo de investigación, dado que es necesario reclamar una y otra vez su presencia para no tomar caminos que nos desvíen de su respuesta. Las preguntas de investigación que comenzaron a vislumbrarse en un primer momento no adquirieron su forma definitiva hasta muy avanzado el análisis de las categorías, como el mismo Bardin (1986) señala que suele suceder, mientras rondaban ya, lógicamente, los temas relacionados con la crianza natural, y mientras por el lado del estudio cuantitativo se veían ya claramente definidos los objetivos como corresponde a su manera de planificar la investigación.

Estas preguntas pasaron por una fase inicial en la que se concibieron como hipótesis, como por ejemplo: ¿hay evidencias de que la crianza natural favorezca un mayor bienestar de las familias y los bebés?, ¿hay evidencias de que el modelo de crianza natural está más actualizado o fundamentado que el modelo tradicional?, o ¿las personas que practican la crianza natural disponen de unas condiciones formativas que las distingue? a las que siguieron otras en las que la mirada se fue haciendo más fenomenológica y exploratoria hasta centrar la investigación en las dos preguntas comentadas anteriormente: ¿de qué se habla en este grupo? ¿qué prácticas se pueden inferir como desarrolladas por sus conversaciones?. Esta fase mantenida en el tiempo fue decisiva para poder limpiar de "hipótesis implícitas" la lectura de los textos, y para permitir que fueran ellos mismos los que se mostrasen en toda su elocuencia.

En el diseño de un estudio de análisis de contenido cualitativo, la decisión de qué se va a analizar, en qué nivel de detalle y sobre qué muestra son los factores que más influyen en el proceso de selección de las unidades de análisis. A pesar del inevitable orden lineal en la exposición de este proceso, en realidad, su desarrollo se produjo de manera espiral por lo que según se avanzaba en la lectura de material, las preguntas se iban aclarando y las unidades de análisis iban tomando consistencia y perfilándose según los requerimientos prescriptivos de la técnica del análisis de contenido.

En cuanto a los tipos de unidades diferentes que debíamos definir, Bardin (1986) distingue entre unidades de registro y de contexto:

- a) La *unidad de registro*. Es la unidad de significación que se ha de codificar con miras a la categorización y al recuento secuencial.
- b) La *unidad de contexto*. Sirve de unidad de comprensión para codificar la unidad de registro. Corresponde al segmento del mensaje cuyo tamaño (superior a la unidad de registro) es óptimo para captar la significación exacta de la unidad de registro.

Krippendorff (1990) añade a estas dos unidades mencionadas las *unidades de muestreo* como porciones de la realidad observada o secuencia de expresiones que se presentan de manera independiente en un formato físicamente discernible, definiendo en términos semejantes las unidades de registro y de contexto pero añadiendo un matiz importante: las unidades de registro son resultado de un trabajo descriptivo y de categorización, mientras que las unidades de contexto no se categorizan dado que cumplen la función de situar y determinar el sentido que debe orientar la interpretación y posterior categorización de la unidad de registro.

A esta distinción, hay que aplicarle el procedimiento para la descripción del tipo de unidad empleada, distinguiendo, como propone Krippendorff (1990), entre unidades físicas, sintácticas, referenciales, proposicionales o temáticas. Dado que la unidad de registro en nuestra investigación es cada una de las intervenciones de los participantes de las interacciones con un sentido temático pleno que funciona como evidencia de los temas tratados y categorizados, no cabe la posibilidad de utilizar otro procedimiento de unidad que apunte a criterios formales y lingüísticos.

Berg (2001) enumera los siete elementos más importantes en los mensajes escritos que pueden ser unidades de análisis: palabras o términos, temas, personajes, párrafos, artículos, conceptos y unidades semántica. De todos ellos, los temas eran para nosotros la unidad más útil y manejable debido a que no impone más requerimiento que el de la forma de la oración o del párrafo con sentido pleno, lo que le proporciona autonomía como unidad segmentable.

De este modo, con las preguntas todavía en fase de elaboración, se pasó a determinar la unidad de registro: el tema Según Bardin (1986), en el análisis temático, que elige el tema como unidad de registro, se trata de identificar los núcleos de sentido de la comunicación de tal modo que la presencia, o la frecuencia de aparición significan algo para el objetivo del análisis, en un proceso de descomposición que depende del nivel de análisis, no de sus características formales.

Tabla 11: *Determinación de las unidades de análisis de esta investigación*

	Unidades de análisis	Descripción
Unidad de muestreo	Selección intencionada de los cinco meses iniciales de una transcripción por vaciado automático de las interacciones en un grupo de participantes (ver descripción de la muestra) a través de un servicio de mensajería instantánea mantenidas durante trece meses.	Se trata de un diálogo continuo abierto las 24 horas del día durante cinco meses (9 abril 2014 a 31 de agosto de 2014), no estructurado, que sigue las reglas de estilo de una interacción virtual (emoticonos, conversaciones paralelas) y en soporte móvil (situación de los emisores en contextos presenciales muy diversos). En total, son 292 páginas de un total de 1126 descargadas (hasta 23 mayo 2015).
Unidad de registro	Temas (unidades de significado independientes).	Se tienen en cuenta unidades de significado comunicativo pleno e independiente sin tener en cuenta ninguna limitación gramatical previa: a) temáticas generales que se corresponden con categorías inductivas [codificadas]. b) temáticas específicas relacionadas con prácticas declaradas de crianza natural [codificadas].
Unidad de contexto	Contexto de comunicación.	Tema de conversación en el que se produce cada una de las interacciones [no codificadas].

2.5.2. Organización.

Una vez determinadas las preguntas de investigación y las unidades de análisis (ver tabla 11), en esta fase se decide el modelo de diseño categorial que mejor puede dar cuenta de las intenciones del estudio. De los cuatro modelos de diseño de análisis de contenido posibles que propone Mayring (2014) (exploratorio, descriptivo, relacional o causal), dos de ellos sirven de fundamento a cada una de las preguntas de nuestra investigación: el *diseño exploratorio* define la formulación de nuevas categorías del material de manera inductiva, mientras que el *diseño descriptivo* trabaja a través de los textos desde un sistema categorial deductivo previamente formulado.

Elo y Kynga (2008) recomiendan dos posibles aproximaciones en función del propósito de estudio y del conocimiento previo del que se disponga. Si no hay suficiente conocimiento previo o está fragmentado, recomiendan una aproximación *inductiva* en la que las categorías derivan del análisis de contenido inductivo. En caso de existir un conocimiento previo debidamente estructurado es más recomendable usar un procedimiento *deductivo* en el que las categorías previamente constituidas se utilizan para realizar alguna comprobación que le interese al estudio.

Por lo tanto, y teniendo en cuenta que nuestras preguntas de investigación reclaman un análisis de contenido cualitativo, cada una de ellas, debido a su naturaleza, requiere un tratamiento específico:

- a) de tipo inductivo para la primera pregunta: se trata de hacer emerger un conjunto de temas mediante una construcción categorial, y
- b) de tipo deductivo para la segunda: se trata de comprobar qué temas se convierten en evidencias de los elementos que definen la crianza natural según se han presentado en el marco teórico de esta investigación y se definen en la investigación cuantitativa.

Esta distinción, que se hará explícita en este estudio en el apartado 2.6. *Análisis de la información*, ha influido de manera directa en varias fases de la organización, el diseño y la toma de decisiones, especialmente en la fase de la categorización.

2.6. Selección de la muestra.

La elección de la muestra se realizó siguiendo un *muestro intencional* desde un criterio *opinático*, es decir siguiendo un criterio estratégico personal para seleccionar los informantes “(...) por su conocimiento de la situación o del problema a investigar se le antojan ser los más idóneos y representativos de la población a estudiar” (Ruiz, 2012).

Según el citado autor, el muestreo en los estudios cualitativos tiene un carácter marcadamente intencional, dado que invita a que la persona investigadora se sitúe en el mejor lugar de recogida de información para poder orientar la selección de las unidades y dimensiones que garanticen la cantidad (saturación) y la calidad (riqueza) de la información.

El grupo que compone la muestra está constituido por una cantidad fluctuante de participantes que se agregan a una comunidad de mensajería instantánea por su participación en una actividad semanal de inmersión acuática en piscina climatizada para familias y bebés en Las Palmas de Gran Canaria. Esta actividad desarrolla el denominado método *amnio* como oportunidad de continuidad del bebé en un medio líquido parecido al entorno amniótico del embarazo promoviendo el contacto acuático perinatal e infantil basado en el respeto de los ritmos e intereses de los niños/as y el acompañamiento de sus emociones.

El grupo es creado y administrado por la profesional responsable de la actividad acuática. En los seis meses analizados, el grupo cuenta con 40 participantes que se suman principalmente en la primera semana de constitución del mismo, 2 son hombres y 38 son mujeres de las cuales una abandona el grupo en este periodo.

Respecto a variables sociodemográficas, se conoce alguna información compartida en las conversaciones del grupo pero no podemos concluir datos al no contar con información completa de todas las personas participantes. Podemos afirmar que, durante estos cinco meses de estudio, 39 de las personas participantes tienen un hijo o una hija de menos de un año de edad y que una participante tiene una hija y un hijo.

Cabe mencionar también que la mayoría de las personas participantes de este grupo confirmaron haber realizado el cuestionario *online* difundido en la investigación cuantitativa.

El grupo funciona como una comunidad de interés o comunidad de aprendizaje que comparte motivaciones y conocimiento diverso en torno a aspectos relacionados con la salud y la crianza. Este sistema de apoyo informal se muestra como un recurso de ayuda y aprendizaje para estas familias.

En cuanto a las negociaciones de acceso para hacer uso de esta información en el mes de septiembre de 2014, la investigadora escribió un mensaje al grupo solicitando permiso para utilizar el vaciado correspondiente a las intervenciones de todos los miembros. La respuesta fue afirmativa no manifestando ningún miembro oposición al uso de esta información, mas bien al contrario, animaron a la realización de dicho estudio.

2.7. Análisis de la información.

Una vez especificado el modelo de diseño categorial en sus dos tipos de categorías inductivas y deductivas se procedió a establecer sus respectivos sistemas categoriales, es decir, las clasificación en unidades temáticas de información semejante.

Conviene subrayar que, tal y como se especificó en el apartado dedicado a los componentes del análisis de contenido, la codificación es un proceso subordinado a la categorización que tiene la finalidad de convertir el sentido categorizado en un código que permita disponer de una versión de la fuente original en un formato mucho más manejable sin merma de fidelidad.

Nuestro proceso de categorización–codificación en esta parte del estudio cualitativo ha estado presidido por la naturaleza inductiva–deductiva de la categorización, y se podría decir que del propio proceso de investigación, obligando a volver la vista atrás hasta la revisión de los principios metodológicos etnográficos arriba expuestos. Durante el proceso de elaboración de las categorías se produjo un momento de mezcla de categorías inductivas (las que aporta una visión sin preconcepciones, más etnográfica) con las de origen deductivo, influidas por la

mirada "contaminada" de ser la investigadora una persona practicante del modelo de crianza natural.

Este efecto se corrigió con la presencia de dos investigadores más que se dedicaron a realizar la codificación–categorización de la muestra, y con la adopción de un modelo de doble codificación: un sistema para la visión inductiva y otra para la visión deductiva, cada una, como ya se ha explicado, vinculada a sus respectivas preguntas de investigación. Como señala Berg (2001), es razonable sugerir que las ideas y las preguntas generales sobre la investigación derivan de la experiencia previa con los fenómenos de estudio, ya sea por la experiencia personal, la experiencia académica, u otras investigaciones previas. Por lo tanto, la experiencia sustenta tanto el pensamiento inductivo como el razonamiento deductivo.

2.7.1. El proceso de codificación y categorización.

El enfoque inductivo invita a realizar una inmersión en los documentos con el fin de identificar las dimensiones o temas que parecen significativos, mientras que en el enfoque deductivo las personas investigadoras utilizan un esquema de categorías que emanan de una perspectiva teórica en la que los documentos sirven de medio para evaluar hipótesis (Berg, 2001).

Ruiz (2012) afirma que "la mejor manera de organizar y poder tratar en el futuro el enorme volumen de información que se almacena en una investigación cualitativa (...) consiste en codificarla adecuadamente, reduciéndola a categorías (p. 68)," y propone una serie de principios de que deben guiar la codificación:

- El mejor sistema de códigos es el que mejor ayuda a la interpretación final de los datos.
- Se pueden utilizar números, pero conviene no perder nunca la riqueza de los datos para su futuro análisis.
- Los códigos puede hacerse y deshacerse continuamente. Nunca deben ser tomados como algo definitivo.
- Los códigos pueden ser utilizados para nuevas entrevistas, observaciones y cualquier otro modo de recoger información.
- Existen múltiples modos de categorizar los datos para poder resumirlos y analizarlos, razón por la cual inicialmente hay que aceptar varios modos de hacerlo.

- Un modo útil de codificar es el de categorizar los dominios.

Las operaciones de codificación y categorización van íntimamente ligadas, más aún en el caso de una investigación cualitativa y más aún todavía en el caso de un proceso inductivo en el que se producen constantes operaciones de categorización–codificación y de recategorización–recodificación. Hay autores como Bardin (1986), Andreu (2000), Piñuel (2002) que las tratan de manera separada, y otros como Berg (2001), Ruiz (2012) o Krippendorff (1990) que las tratan de manera interrelacionada, hasta el punto de que este último autor las incluye en un proceso que denomina “registro” en el que la operación de categorizar implica la aplicación de unas reglas de codificación establecidas.

Con independencia de que la práctica de la actividad de codificar–categorizar sea una sola, pues se trata de ir asignando códigos de un repertorio de categorías a los sentidos que se van encontrando en el mismo acto de la lectura, y en el proceso inductivo creándolos según se avanza, es preciso detenerse para describir de manera separada la manera en que se realizan estas operaciones.

La categorización para Bardin (1986) es un proceso de tipo estructuralista para clasificar elementos que forman parte de un conjunto por diferenciación, tras la agrupación por género (analogía), a partir de criterios previamente definidos. La categorización, siguiendo a este autor, puede emplear dos procesos inversos, que en nuestro caso coinciden con las dos maneras de desarrollar las preguntas de investigación:

- Proceso de *categorización inductiva* o procedimiento “por montones”: no hay sistema de categorías previo, sino que resulta de la clasificación analógica y progresiva (y regresiva, añadimos nosotros) de los elementos en un proceso de exploración que no termina hasta la definición de la entrada conceptual de cada categoría.
- Proceso de *categorización deductiva* o procedimiento de las "casillas": existe un sistema de categorías que proviene del marco teórico y que indica dónde se deben distribuir los elementos de la mejor manera posible a medida que se los encuentra.

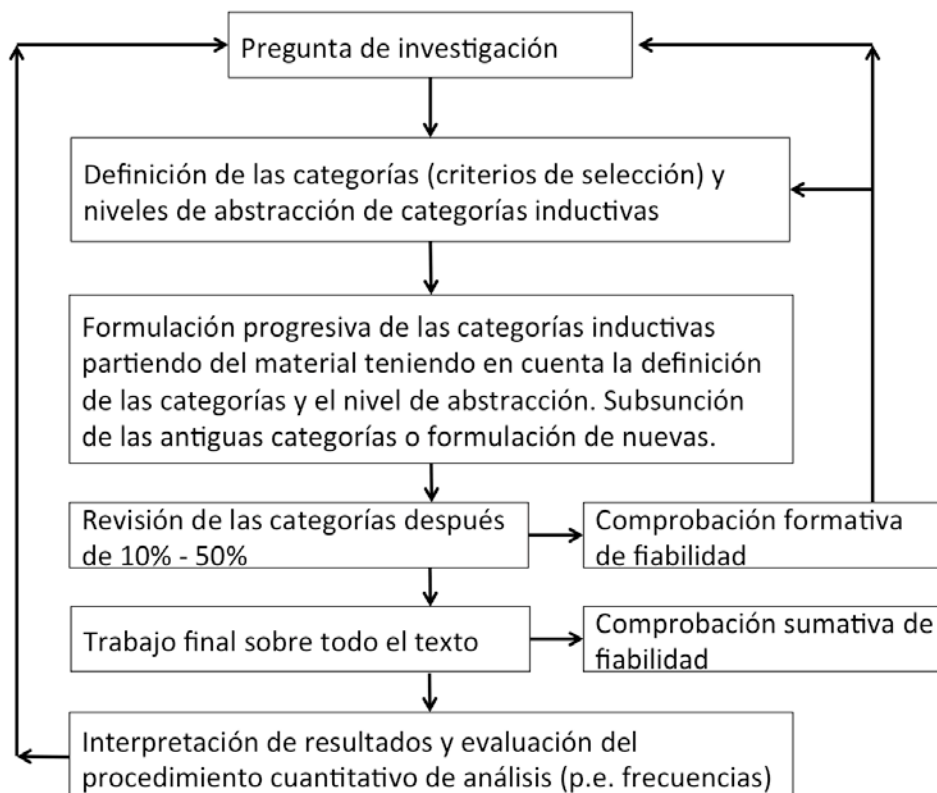
Ambos procesos, con algunas variantes técnicas, procedimentales y epistemológicas, son denominados por Strauss y Corbin (1990, 2002) como *codificación abierta*, de carácter exploratorio, y *codificación axial*, muy centrada en refinar el sistema de subcategorías, si bien es cierto que dentro de un modelo no seguido aquí, el de la teoría fundamentada (*grounded theory*) que persigue la elaboración o reconstrucción de teorías implícitas en las muestras que estudia dentro de un marco deductivo.

Las categorías resultantes serán consistentes si tienen estas cualidades, según Bardin (1986), reforzadas en su importancia por Krippendorff (1990), especialmente las dos primeras:

- Exclusión mutua: no hay evidencias categorizadas en dos lugares.
- Homogeneidad: el sistema de categorías no produce cruces de criterios de categorización.
- La pertinencia: se categoriza lo que es relevante para la investigación.
- La objetividad y la fidelidad: dos personas deberían entender una evidencia de igual manera sin necesidad de hacer ninguna interpretación especial.
- La productividad: las categorías empleadas son capaces de ofrecer resultados ricos

La organización de los datos cualitativos mediante el proceso de codificación abierta genera categorías mediante abstracción y se traduce en tareas tan concretas como la escritura de notas y títulos en el texto durante su lectura, aunque en nuestro caso esta labor se realizó sobre un procesador de texto consignando cada fragmento codificado bajo un código, copiado en una hoja de cálculo compartida en línea (*Google Drive*), para que las tres personas que codificaban pudieran estar al tanto de sus avances y debatir acerca de la generación de nuevas categorías.

Figura 9: *Pasos del modelo de desarrollo de categorías inductivas (Mayring, 2000)*



El proceso de codificación abierta avanza mediante unos pasos bien definidos (ver figura 9) generando progresivamente los índices de categorías inductivas desde la identificación al agrupamiento, o expresado en otras palabras, de los grandes "montones" iniciales de categorías superiores a las "casillas" que se van generando poco a poco en un proceso de reducción de datos, de modo que el número de categorías superiores se va reduciendo por similitud para ir recogiendo la información en subcategorías más amplias (Elo y Kynga, 2008; Mayring, 2000).

Nuestro proceso de categorización pasó por un largo proceso de evolución facilitado por la lectura compartida de los tres investigadores que participaron en la codificación. El proceso de trabajar sobre un texto cooperativo en línea agilizó la coordinación del equipo al compartir sin demoras las decisiones de categorización sobre si subsumir, eliminar o añadir nuevas categorías. Dentro de este proceso de codificación y categorización es muy importante ir anotando cómo evoluciona la definición de las categorías y subcategorías para poder garantizar un tratamiento homogéneo. Cada vez que surge un problema es indispensable remitirse a las reglas de codificación en continuas consultas para tratar de adscribir la información conforme a un mismo criterio clasificador. En la tabla 12 se muestran las categorías y reglas de codificación en su estado final.

Conviene hacer una reflexión final relacionada con la actividad de comprensión del material necesaria para poder asignar código y categoría, para no alejarnos del núcleo del análisis de contenido: el sentido de la comunicación. Las interacciones de nuestra unidad de muestreo se caracterizan por desarrollarse en un contexto comunicativo virtual en el que las condiciones pragmáticas son de indudable inestabilidad, es decir, siempre acecha a los usuarios/as la "amenaza" de un fallo de comprensión: los sobreentendidos y las elipsis son constantes por las alusiones a conversaciones exteriores y a contextos que no se explicitan. Sin llegar a creer necesario un estudio semántico o de análisis desde la disciplina lingüística de la pragmática, se ha hecho necesaria una atención especial a los sentidos, no ya latentes, sino ambiguos o incompletos sobre los que la labor de las personas que codifican deben estar alerta.

Por poner algún ejemplo acerca de cómo se producen las interacciones grupales, haremos referencia al esquema de Bales (1950) que codifica en 12 categorías los "actos verbales" o actos comunicativos presentes en la interacción conversacional para realizar análisis de contenido. En estos actos, el interlocutor puede alterar el sentido de su expresión

tan solo con mostrarse distendido, estar de acuerdo, hacer recomendaciones, mostrar antagonismo, mostrar tensión, pedir opinión, etc.

Cualquiera de estos actos es capaz de convertirse en realidad tan solo con modular la entonación sobre la misma frase o, en nuestro caso, con tan solo insertar un emoticono, un “acto icónico” que ayuda a las personas usuarias de las conversaciones de texto mediadas por tecnología a reconstruir parte de la riqueza de interacción oral. Valga este ejemplo de esquema de análisis para certificar la complejidad de la labor de análisis, esto es, comprender el mensaje, interpretar el sentido y categorizarlo dentro de un conjunto estructurado.

2.7.2. Los sistemas de categorías inductivas y deductivas.

Tabla 12: Categorías Inductivas, Subcategorías y Reglas de Codificación

CATEGORÍAS	Subcategorías	Reglas de Codificación
01. CURSOS Y FORMACIÓN	01A. <i>Espacios</i>	Búsqueda y adaptación de espacios para desarrollar acciones formativas para el grupo.
	01B. <i>Formación</i>	Capacitación brindada por expertos/as en jornadas formativas o charlas organizadas por y para el grupo.
	01C. <i>Autoaprendizaje en grupo</i>	Comentarios referidos al aprendizaje logrado gracias al grupo y a las formaciones protagonizadas por los propios miembros. Intercambio de conocimientos propios a modo de consultoría interna.
	01D. <i>Información de la formación</i>	Información sobre los diversos cursos, lugar de difusión de la información (facebook, blogs, etc.) con horarios, fechas, contenidos y costes de los mismos.
02. ENSEÑAR A LOS MENORES	02A. <i>Actividad acuática método amnio</i>	Actividad de piscina con el método amnio para dar continuidad al bebé en el medio acuático
	02B. <i>Ambientes similares con agua</i>	Reacción de los menores cuando los llevan a la playa o en ambientes con agua.
	02C. <i>Cuentos de papel y cuidado de no romper</i>	Actitudes de tolerancia de las personas adultas ante objetos que se desea que se respeten, como los cuentos de papel.
	02D. <i>Jugar y juguetes</i>	Actitudes y preferencias de los niños y niñas en el juego.
	02E. <i>Usos y prevenciones ante la tecnología</i>	Ventajas e inconvenientes de dispositivos TIC (móvil, tabletas, televisión) y tiempos de uso. Adicciones a personajes de ficción animada.
	02F. <i>Preparación de juegos, adaptación de habitaciones</i>	Elección de juegos educativos y de actividades creativas y manipulativas. Preparación de espacios en los hogares para estas actividades.
03. ACTIVIDADES EN FAMILIA	03A. <i>Ocio familiar</i>	Actividades que se desarrollan en familia en espacios naturales y estimulantes.

	<i>03B. Tiempo en casa</i>	Comentarios acerca de la vida y actividades de las personas participantes en sus hogares.
	<i>03C. Tiempo libre programado por el grupo de WhatsApp</i>	Convocatorias y reuniones del grupo de <i>WhatsApp</i> para realizar actividades conjuntamente.
	<i>03D. Otras actividades del grupo que favorecen la estimulación del menor</i>	Actividades programadas por el grupo pensadas para que participen sus hijos e hijas.
04. REDES DE IGUALES	<i>04A. Sensación de pertenencia al grupo</i>	Reacción positiva por pertenecer al grupo y deseo o alegría por conocerse.
	<i>04B. Apoyo emocional</i>	Reacciones emocionales expresadas en el grupo como desahogarse, buscar y dar apoyo y ánimo. Interés y preocupación por las personas del grupo y sus familias, deseos de que se mejoren ante enfermedades o que se solucionen cuestiones laborales.
	<i>04C. Admiración y amor filial compartido</i>	Comentarios del grupo valorando positivamente a sus hijos e hijas y a los de los demás ante imágenes compartidas o encuentros presenciales mantenidos.
	<i>04D. Refuerzo como grupo en apuros</i>	Malestar compartido en el grupo sobre sensaciones de apuro ante situaciones vividas en el entorno familiar, social y profesional.
	<i>04E. Otros grupos</i>	Grupos de madres o familias que se reúnen para compartir dudas y apoyarse en los problemas que van surgiendo durante la crianza.
	<i>04F. Apoyo activo entre los miembros del grupo</i>	Actitudes solícitas de apoyo físico y material ante necesidades que se detectan en personas del grupo.
05. RED DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL EN LA CRIANZA	<i>05A. Creencias sociales y conflictos familiares</i>	Discrepancias en el entorno familiar y social relacionadas con las creencias y posiciones frente a las prácticas de crianza. Sensación de las madres del grupo de sentirse juzgadas y criticadas por el modelo de crianza desarrollado.
	<i>05B. Apoyo de los padres</i>	Apoyo a la crianza que brindan las parejas de las madres del grupo.
	<i>05C. Apoyo de abuelos y abuelas</i>	Apoyo a la crianza que brindan las abuelas de los niños y niñas del grupo.
	<i>05D. Escolarización</i>	Planes de escolarización de los niños y niñas del grupo.
06. CRECIMIENTO Y DESARROLLO	<i>06A. Crecimiento somatométrico</i>	Referencias a la evolución en peso y talla de los niños y niñas del grupo.
	<i>06B. Primeros dientes</i>	Comentarios sobre la forma de salir los primeros dientes en un niño/a.
	<i>06C. Primeros pasos</i>	Comentarios sobre los primeros desplazamientos que realizan los niños y niñas en solitario.
	<i>06D. Cambios y aprendizajes de los 0–3 años</i>	Cambio observado en las actitudes de los niños y las niñas del grupo según pasan los días y los meses.
	<i>06E. Gustos de los niños y las niñas</i>	Preferencias que manifiestan los niños y niñas del grupo por diferentes cosas de su vida cotidiana.

	<i>06F. Coeducación y género</i>	Comentarios relacionados con las preferencias de los niños y niñas del grupo respecto a la manera de educar no sexista.
07. CONDUCTAS, DESARROLLO EMOCIONAL Y CONTACTO FÍSICO	<i>07A. Reacciones de los niños y las niñas cuando están juntos</i>	Reacciones que observan las personas del grupo respecto a la relación que entablan sus hijos e hijas cuando se producen encuentros.
	<i>07B. Conflictos</i>	Enfadados, muestras de desacuerdo y conflictos de los niños y niñas del grupo.
	<i>07C. Piel con piel, caricias y mimos</i>	Comentarios acerca del contacto físico, la práctica del piel con piel y las actitudes cariñosas con los niños y niñas del grupo.
	<i>07D. En brazos</i>	Referencias a las actitudes de las personas del grupo de coger en brazos a los niños y niñas del grupo.
	<i>07E. Porteo</i>	Referencias a la práctica del porteo a los niños y niñas en bandoleras, fulares o mochilas por parte de los padres y las madres del grupo.
08. DESCANSO, SUEÑO Y COLECHO	<i>08A. La siesta</i>	Sueño de los niños y niñas del grupo a lo largo de diferentes momentos del día, especialmente por la tarde.
	<i>08B. El colecho</i>	Alusiones a la práctica de dormir conjuntamente los padres y las madres con los niños o niñas en la misma cama.
	<i>08C. Rutinas a la hora de dormir</i>	Costumbres y rutinas de los niños y niñas del grupo a la hora de irse a la cama.
	<i>08D. Desvelos o interrupciones del sueño</i>	Comentarios acerca de las dificultades de los niños y niñas del grupo para conciliar y mantener el sueño durante la noche.
	<i>08E. La cuna y la adaptación del mobiliario</i>	Uso de la cuna y adaptación del mobiliario infantil o de las personas adultas.
09. LACTANCIA MATERNA	<i>09A. Lactancia materna exclusiva</i>	Comentarios relacionados con la práctica de lactancia exclusiva.
	<i>09B. Prolongación de la lactancia</i>	Comentarios relacionados con la práctica de prolongación de la lactancia.
	<i>09C. Dificultad amamantando</i>	Dificultades que se presentan en los niños y las niñas y en sus madres durante la lactancia.
	<i>09D. Leche de fórmula y biberón</i>	Alusiones a los preparados lácteos sustitutivos de la leche materna.
10. DECISIONES DE LOS NUEVOS PADRES Y MADRES	<i>10A. Pendientes si, pendientes no</i>	Posiciones respecto a la colocación de pendientes y alusiones al respeto del cuerpo de los niños y las niñas.
	<i>10B. Un segundo hijo/a</i>	Reacciones y comentarios acerca del nacimiento o planificación de un segundo bebé
	<i>10C. La incorporación al trabajo</i>	Comentarios sobre cómo les afecta emocionalmente a las madres la incorporación al ámbito laboral tras el permiso de maternidad.
11. ALIMENTACIÓN	<i>11A. Alimentación equilibrada</i>	Comentarios acerca de la incorporación de nuevas prácticas de alimentación equilibrada a la dieta habitual tras una formación dirigida al grupo por parte de un nutricionista.
	<i>11B. Productos ecológicos</i>	Referencia al uso de alimentos ecológicos. Dónde comprar productos ecológicos y grupo de autoconsumo de estos productos.

	<i>11C. Composición de los alimentos</i>	Ingredientes saludables y no saludables que contienen los alimentos elaborados.
	<i>11D. Cocina habitual</i>	Dietas habituales y preparación de alimentos en la cocina diaria.
	<i>11E. Recetas y consejos de cocina</i>	Intercambio de recetas, consejos y apuntes de cursos de cocina. Opiniones sobre el uso de batidoras y robots de cocina.
	<i>11F. Tendencias preocupantes y restricciones</i>	Tendencias alimentarias preocupantes observadas en los niños y las niñas. Eliminación o sustitución del azúcar y limitación de la sal en la alimentación.
	<i>11G. Alergias</i>	Reacción o intolerancia de algunos productos alimentarios en los niños y las niñas, y en las familias del grupo.
	<i>11H. Los lácteos</i>	Posiciones respecto a la ingesta de productos lácteos y propuesta de alternativas.
12. APRENDIENDO A COMER	<i>12A. Alimentación complementaria</i>	Comentarios relacionados con el proceso de introducción de nuevos alimentos y texturas al finalizar la lactancia.
	<i>12B. Autonomía y BLW (Baby led weaning)</i>	Actitudes y manera de comer de los niños y las niñas. Referencias al modelo de autorregulación <i>Baby led weaning</i> .
	<i>12C. La intervención de los adultos</i>	Actitudes y reacciones de las personas adultas (padre, madre, abuela) frente a la forma de comer de los niños y las niñas.
	<i>12D. Apetito</i>	Fluctuación en las ganas de comer de los niños y las niñas.
	<i>12E. Higiene</i>	Prácticas de limpieza antes, durante y después de las comidas.
13. LA SALUD: CUIDADOS Y PREVENCIÓN	<i>13A. Confianza y desconfianza ante los pediatras</i>	Valoraciones del grado de confianza que les suscitan los diferentes pediatras que visita el grupo.
	<i>13B. Vacunas</i>	Comentarios acerca de las vacunas, el calendario y las reacciones que producen en los niños y las niñas.
	<i>13C. Malestar general</i>	Preocupación del grupo ante los momentos de malestar y enfermedad de los niños y las niñas.
	<i>13D. Accidentes, golpes y caídas</i>	Comentarios sobre los accidentes que sufren los niños y las niñas.
	<i>13E. Remedios caseros y naturales</i>	Intercambio de remedios caseros naturales previos o alternativos al uso de medicamentos en la familia, especialmente en los niños y las niñas.
	<i>13F. Homeopatía y probióticos</i>	Referencia a medicinas homeopáticas y al uso de probióticos como prevención y tratamiento de la enfermedad.
	<i>13G. Prevención contra las medicinas</i>	Comentarios referidos a la prevención ante el uso de ciertas medicinas convencionales.
	<i>13H. Embarazo y parto</i>	Alusiones al tema del embarazo y el parto.
14. PRODUCTOS NATURALES	<i>14A. Jabón y elaboración de jabón</i>	Uso de jabones adecuados para los niños y las niñas, y elaboración casera de jabón.
	<i>14B. Copa menstrual</i>	Referencia al dispositivo de contención de la menstruación denominado copa menstrual.
	<i>14C. Desodorante</i>	Referencia a desodorantes naturales.

<i>14D. Pañales</i>	Información sobre los diferentes tipos (tela, desechables), tallas, marcas, composición de los pañales que usan los miembros del grupo con los niños y niñas, y sobre las reacciones de estos al intentar ponérselos.
<i>14E. Productos que hay que evitar y alternativas</i>	Prevención ante la toxicidad de algunos productos de consumo habitual y las alternativas naturales existentes.

Tabla 13: *Categorías Deductivas, Subcategorías y Reglas de codificación*

CATEGORÍAS	Subcategorías	Reglas de Codificación
01. ELEMENTOS NUCLEARES DE LA CRIANZA NATURAL	<i>01A. Cuidados en el embarazo</i>	Cuidados durante el periodo de embarazo: yoga, pilates, meditación, natación...
	<i>01B. Parto natural</i>	Parto natural sin intervención médica, oxitocina y anestesia.
	<i>01C. Contacto físico</i>	Contacto piel con piel, mantener en brazos a los bebés y porteo o transporte del bebé en fular o mochila ergonómica. también sostener en brazos.
	<i>01D. Tiempo de lactancia materna</i>	Lactancia prolongada: sin destete forzado y según recomendaciones de la OMS al menos hasta los 2 años. Destete progresivo.
	<i>01E. Colecho</i>	Colecho: el menor duerme con el padre, la madre o sus hermanos/as por decisión de sus progenitores
	<i>01F. Cuidado al bebé</i>	Tiempo dedicado a estar cerca del bebé, prolongación de la baja por maternidad, no escolarización, educación emocional en la familia. Cuidados empáticos, respeto a los ritmos del bebé sin forzar la introducción de la alimentación. Leche materna en uso tópico



RESULTADOS

Resultados de la investigación cuantitativa

1. Escala de Percepción de los padres y las madres sobre las Competencias y Resiliencia Parental (Adaptada de Rodrigo, Martín y Cabrera, 2010)
 - 1.1. Interpretación de los factores
 - 1.2. Análisis descriptivo
 - 1.3. Validez Concurrente
2. Diferencias entre los modelos de crianza y las variables relacionadas con el embarazo, el parto y la crianza
3. Diferencias entre los modelos de crianza y las dimensiones relacionadas con la crianza utilizadas en esta investigación
4. Diferencias o no entre las madres según el grado de crianza natural
5. Crianza natural y su relación con diversas variables relacionadas con las prácticas de crianza
6. Crianza natural y su relación con las dimensiones relacionadas con la crianza
7. Análisis de Correlaciones de la Crianza Natural
8. Modelo de Crianza Natural

Capítulo VIII. Resultados de la investigación cuantitativa

En este apartado presentaremos los resultados obtenidos del análisis cuantitativo. Comenzaremos con la estructura factorial de la Escala de Percepción de los padres y las madres sobre las Competencias y Resiliencia Parental (adaptada de Rodrigo, Martín y Cabrera, 2010) y el cálculo de la consistencia interna de las mismas. Se describirá el análisis descriptivo de la escala y la validez concurrente de esta. Seguiremos con, el análisis de las diferencias entre los modelos de crianza y las variables relacionadas con el embarazo, el parto y la crianza; así como de los diferentes factores que miden las escalas.

Posteriormente, presentaremos el análisis del factor de crianza natural y su relación con diversas variables, para continuar con las diferencias en las madres dependiendo de su grado de crianza natural según los aspectos que miden las escalas. Además veremos con qué variables se relaciona la crianza natural y finalizaremos con un análisis de regresión múltiple para conocer qué variables predicen la crianza natural.

1. Escala de Percepción de los padres y las madres sobre las Competencias y Resiliencia Parental (Adaptada de Rodrigo, Martín y Cabrera, 2010)

Esta escala tipo Likert (1–6) explora cuatro factores de las competencias personales de las madres y los padres, según la medida en la que estos perciben que poseen estas competencias. El alpha ordinal total de la escala es de .96. Se considera que el modelo tiene un buen ajuste $CMIN=1.2$; $RMSEA=.03$; $CFI=.99$; $TLI = .99$ y $WRMR= .98$. Los factores que se exploran son: Competencia educativa, recogido en siete ítems ($\alpha=.91$); Competencia para organizar el escenario educativo familiar, recogido en tres ítems ($\alpha=.75$); Desarrollo personal y resiliencia, recogido en once ítems ($\alpha=.87$); Promoción de la actividad física y

educativa, recogido en cuatro ítems ($\alpha=.73$); Búsqueda de apoyo, recogido en cuatro ítems ($\alpha=.71$) e Integración y participación comunitaria, recogido en tres ítems ($\alpha=.65$).

A continuación en la tabla 14, expondremos el resultado del análisis factorial. Como verán los pesos en sus respectivos factores oscilaron entre .905 a .366.

Tabla 14: Análisis Factorial Exploratorio y Confirmatorio de la Escala de Percepción de los Padres y de las Madres sobre las Competencias y Resiliencia Parental.

Factores	Ítems	F1	F2	F3	F4	F5	F6
F1: Competencia educativa	Se reúne con los profesores/as de sus hijos/as.	.905	.014	-.002	.072	.022	.008
	Mantengo contacto con el centro educativo para estar al tanto de lo que ocurre.	.85	.16	-.068	.243	-.01	.014
	Hablo con el personal del centro con confianza y cercanía.	.838	-.114	.084	.165	-.027	-.028
	Establece con el tutor/a las cosas que hay que hacer para que su hijo/a mejore.	.811	-.005	.171	-	.123	-.015
	Consulta con el profesorado la marcha de su hijo/a en el centro educativo.	.792	.124	.038	.103	-.112	-.011
	Supervisa diariamente las tareas escolares y el comportamiento del niño/a en la escuela.	.672	.186	.174	-	.043	.067
	Asiste a las reuniones que organiza la Asociación de Padres y Madres (AMPA).	.567	.027	.04	-	.011	.219
F2: Competencia para organizar el escenario educativo familiar	Pone normas a su hijo/a con respecto a la hora de acostarse.	.291	.804	-.034	-	-.027	.008
	Pone normas a su hijo/a relacionadas con horarios.	.388	.74	-.025	-	-.031	.042
	Pone normas para que el comportamiento de su hijo/a sea el adecuado en casa, en el colegio y en la calle.	.122	.583	.175	.056	.223	-.06
	Es capaz de hacer frente a situaciones que le generan mucho estrés.	.021	-.249	.818	-	.064	.049

	Suele tener actitud positiva hacia la vida y hacia los problemas que le ocurren.	.025	.09	.807	– .094	–.236	.058
	Cuando comete algún error es capaz de corregirlo.	.025	–.052	.795	.062	–.114	–.043
	Sabe responder cuando se le presentan nuevos retos o tareas.	.255	–.152	.738	.036	.061	–.042
F3: Desarrollo personal y resiliencia	En qué medida valora positivamente sus cualidades personales.	–.115	–.031	.725	– .001	–.065	.119
	Cree que puede influir para que su hijo/a cambie de comportamiento cuando se comporta mal.	–.042	.038	.589	.066	.159	–.176
	Con qué frecuencia controla las diferentes situaciones de su vida.	.138	.131	.583	– .145	.073	–.01
	Tiene facilidad para llegar a acuerdos.	–.03	.093	.54	.251	.005	.201
	Cuando tiene un problema con alguien le dice las cosas que piensa o siente sin agresividad.	.11	–.001	.503	.147	–.222	.116
	Cuando tiene un problema con alguien intenta resolverlo.	.058	.227	.412	.243	.077	–.025
	Tiene sentido del humor.	–.128	.079	.366	.183	–.25	.221
	Promuevo en mi familia hacer juntos actividades de ocio y tiempo libre.	.166	–.088	–.034	.869	.033	.056
F4: Promoción de la actividad física y educativa	Estimula y apoya el aprendizaje de sus hijos/as.	.131	.323	.081	.629	.044	–.008
	Con qué frecuencia se reúnen para jugar en familia.	–.025	–.023	.009	.613	–.173	.155
	Permito que mis hijos/as acudan a lugares donde hacen actividades para que se relacionen.	.306	–.015	.237	.457	–.049	–.167

F5: Búsqueda de apoyo formal e informal	Cuando tiene un problema personal suele pedir ayuda a alguna institución como el colegio, Servicios Sociales o Parroquia.	.177	-.047	.013	-.136	.729	.173
	Cuando tiene problema con su hijo/a suele pedir ayuda a alguna institución como al colegio o los Servicios Sociales.	.301	.038	-.138	.007	.718	.069
	Cuando tengo un problema con mi hijo/a pido ayuda a alguna persona, familiares o amistades cercanas.	-.055	.285	.021	.117	.535	0
	Cuando tiene un problema personal pide ayuda a alguna persona cercana.	-.167	.451	.063	.286	.478	-.007
F6: Integración y participación comunitaria	Siente que forma parte de su barrio.	.003	-.044	.095	.013	.017	.862
	Utiliza las instalaciones o servicios que presta el barrio.	.104	-.011	.031	.19	.032	.56
	Viven desde hace mucho tiempo en el mismo barrio.	.041	.163	-.061	-.006	.035	.465

1.1. Interpretación de los factores

Factor I: Competencia educativa

Este factor mide las competencias que permiten hacer un seguimiento del desarrollo del hijo/a en la escuela. Está relacionado con la supervisión del entorno escolar, de la evolución académica de los/las hijos/as y el establecimiento de una relación de confianza con el profesorado y demás personas del centro educativo. Las madres y los padres que puntúan alto perciben que poseen un buen desarrollo de la competencia educativa. Sin embargo, una puntuación baja en este factor indica que consideran que no presentan un buen desarrollo de esta competencia.

Los ítems que correlacionan con este factor son: “Se reúne con los profesores/as de sus hijos/as. Mantengo contacto con el centro educativo para estar al tanto de lo que ocurre. Hablo con el personal del centro con confianza y cercanía. Establece con el tutor/a las cosas que hay que hacer para que su hijo/a mejore. Consulta con el profesorado la marcha de su hijo/a en el centro educativo. Supervisa diariamente las tareas escolares y el comportamiento

del niño/a en la escuela. Asiste a las reuniones que organiza la Asociación de Padres y Madres (AMPA).”

Factor II: Competencia para organizar el escenario educativo familiar

Este factor evalúa la capacidad para organizar el funcionamiento cotidiano de la vida familiar, poniendo énfasis en la capacidad para establecer normas y límites. Las madres y los padres que puntúan alto perciben que se sienten capaces para establecer normas y límites y para así organizar el escenario educativo familiar, mientras que, aquellas/os que obtienen una puntuación baja en este factor consideran que no tienen buenas competencias para organizar este escenario educativo.

Los ítems que correlacionan con este factor son: “Pone normas a su hijo/a con respecto a la hora de acostarse. Pone normas a su hijo/a relacionadas con horarios. Pone normas para que el comportamiento de su hijo/a sea el adecuado en casa, en el colegio y en la calle.”

Factor III: Desarrollo personal y resiliencia

Este factor está relacionado con las competencias que favorecen un desarrollo integral de la madre o el padre como persona, que le permiten adaptarse y actuar de manera positiva frente a las situaciones de adversidad. Las madres y los padres que puntúan alto en este factor sienten que tienen un buen desarrollo personal y que son resilientes ante las adversidades. Por otra parte, aquellas/os que puntúan bajo perciben que no tienen un buen ajuste personal y que no cuentan con las competencias necesarias para afrontar positivamente las situaciones adversas.

Los ítems que correlacionan con este factor son: “Es capaz de hacer frente a situaciones que les generan mucho estrés. Suele tener actitud positiva hacia la vida y hacia los problemas que les ocurren. Cuando comete algún error es capaz de corregirlo. Sabe responder cuando se le presentan nuevos retos o tareas. En qué medida valora positivamente sus cualidades personales. Cree que puede influir para que su hijo cambie de comportamiento cuando se comporta mal. Con qué frecuencia controla las diferentes situaciones de su vida. Tiene facilidad para llegar a acuerdos. Cuando tiene un problema con alguien le dice las cosas que piensa o siente sin agresividad. Cuando tiene un problema con alguien intenta resolverlo. Tiene sentido del humor.”

Factor IV: Promoción de la actividad física y educativa

El cuarto factor tiene que ver con la capacidad de las madres o los padres para fomentar en sus hijos/as la realización de actividades físicas y educativas. Se trata de organizar el ocio

y tiempo libre en familia, promover las relaciones con los iguales y las actividades que estimulen el aprendizaje. Una puntuación alta en este factor indica que las madres y los padres promueven la actividad física y educativa de sus hijos/as, mientras que una puntuación baja indica que perciben que no tienen la capacidad para promover estas actividades.

Los ítems que correlacionan con este factor son: “Promuevo en mi familia hacer juntos actividades de ocio y tiempo libre. Estimula y apoya el aprendizaje de sus hijos/as. Con qué frecuencia se reúnen para jugar en familia. Permito que mis hijos/as acudan a lugares donde hacen actividades para que se relacionen.”

Factor V: Búsqueda de apoyo formal e informal

Este factor está asociado con la capacidad de la madre o el padre para movilizar y hacer uso de los apoyos formales e informales de su contexto para resolver sus propios problemas y los de sus hijos/as. Una puntuación alta implicaría que perciben que poseen una buena capacidad para hacer uso de los apoyos existentes en su entorno y una puntuación baja implicaría una baja o reducida capacidad para hacer uso y confiar en los apoyos de su contexto.

Los ítems que correlacionan con este factor son: “Cuando tiene un problema personal suele pedir ayuda alguna institución como el colegio, Servicios Sociales o Parroquia. Cuando tiene problema con su hijo/a suele pedir ayuda a alguna institución como al colegio o los Servicios Sociales. Cuando tengo un problema con mi hijo/a pido ayuda a alguna persona, familiares o amistades cercanas. Cuando tiene un problema personal pide ayuda a alguna persona cercana.”

Factor VI: Integración y participación comunitaria

Este factor está relacionado con la integración en la vida comunitaria de la madre o el padre y su participación en la misma, es decir, el sentimiento de pertenencia que sienten hacia su comunidad y si hacen uso de los recursos comunitarios existentes en su barrio o ciudad. Las madres y los padres que puntúan alto en este factor perciben que se encuentran integrados y participan en su comunidad. En cambio, una puntuación baja estaría asociada a bajas competencias de las madres y los padres para integrarse en su comunidad y para participar en esta.

Los ítems que correlacionan con este factor son: “Siente que forma parte de su barrio. Utiliza las instalaciones o servicios que presta el barrio. Viven desde hace mucho tiempo en el mismo barrio.”

1.2. Análisis descriptivo

Queríamos comprobar el nivel de competencias parentales de las madres que participan en el estudio. Como podemos observar en la tabla 15, las madres informan de una alta competencia en desarrollo personal y resiliencia y en la competencia de promoción de la actividad física y educativa. Le siguen, con un desarrollo medio, la competencia educativa, la competencia para organizar el escenario educativo familiar y la integración y participación comunitaria. Finalmente, informan de una baja competencia de búsqueda de apoyo formal e informal.

Tabla 15: Estadísticos Descriptivos de las Competencias y Resiliencia Parental de las Madres.

Variables	Número de sujetos N	Media M	Desviación Típica Dt
Competencia educativa	192	3.72	1.19
Competencia para organizar el escenario educativo familiar	192	3.55	1.08
Desarrollo personal y resiliencia	192	4.01	0.63
Promoción de la actividad física y educativa	192	4.40	0.63
Búsqueda de apoyo formal e informal	192	2.68	0.89
Integración y participación comunitaria	192	3.32	0.99

1.3. Validez Concurrente

Para comprobar la validez de esta escala es necesario que se puedan establecer diferencias en las competencias parentales según diversas variables criterio escogidas para estos contrastes. Se trata de averiguar en qué medida existen diferencias significativas entre los factores encontrados y algunas de estas variables.

Se han analizado variables sociodemográficas como la edad de las madres, edad de los/las hijos/as, la situación laboral, la profesión, nivel educativo, los ingresos económicos y si la profesión se relaciona con el cuidado de personas. Encontramos diferencias significativas en la edad de las madres, la edad de los/las hijos/as y la profesión.

Haciendo uso de la variable edad de las madres, encontramos diferencias significativas en algunas de las competencias parentales. Estas diferencias se dan en la competencia educativa ($F_{(1; 189)} = 3.79$; $p \leq .024$), en la competencia para organizar el escenario educativo familiar ($F_{(1; 189)} = 8.23$; $p \leq .001$) y en la búsqueda de apoyo formal e informal ($F_{(1; 189)} = 5.44$; $p \leq .005$). En la tabla 16 presentamos estos resultados.

Tabla 16: Medias de las Competencias Parentales de las Madres en función de la Edad

Variables	De 20 a 33	De 34 a 37	38 años o más N=54 $M_{(38<)} (Dt)$	F	P valor
	N=65 $M_{(20-33)}$ (Dt)	N=73 $M_{(34-37)}$ (Dt)			
Competencia educativa	3.47 (1.30)	3.68 (1.24)	4.06 (0.90)	3.79	.024*
Competencia para organizar el escenario educativo familiar	3.22 (1.15)	3.53 (1.02)	3.99 (0.91)	8.23	.001***
Desarrollo personal y resiliencia	3.91 (0.60)	4.09 (0.61)	4.03 (0.68)	1.47	.233
Promoción de la actividad física y educativa	4.38 (0.50)	4.45 (0.62)	4.36 (0.78)	.356	.701
Búsqueda de apoyo formal e informal	2.39 (0.84)	2.82 (0.84)	2.84 (0.95)	5.44	.005**
Integración y participación comunitaria	3.29 (0.99)	3.21 (1.03)	3.51 (0.92)	1.48	.230

*** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$

En concreto, los análisis post-hoc, indican que las madres de 38 años o más, a diferencia de las de 20 a 33 años, informan de una mayor competencia educativa ($M_{(20-33)} = 3.47$; $M_{(38<)} = 4.06$; $p \leq .019$). En cuanto a la competencia para organizar el escenario educativo familiar son también las madres de 38 años o más las que informan de un mayor desarrollo de esta competencia que las madres de entre 20 y 33 años ($M_{(20-33)} = 3.22$; $M_{(38<)} = 3.99$; $p \leq .001$) y que las de entre 34 y 37 años ($M_{(34-37)} = 3.53$; $M_{(38<)} = 3.99$; $p \leq .034$). Finalmente, las madres de 20 a 33 años, informan de una menor búsqueda de apoyo formal e informal que las de 34 a 47 años ($M_{(20-33)} = 2.39$; $M_{(34-37)} = 2.82$; $p \leq .013$) y que las de 38 años o más ($M_{(20-33)} = 2.39$; $M_{(38<)} = 2.84$; $p \leq .014$). Presentamos estas diferencias en el gráfico de la figura 10.

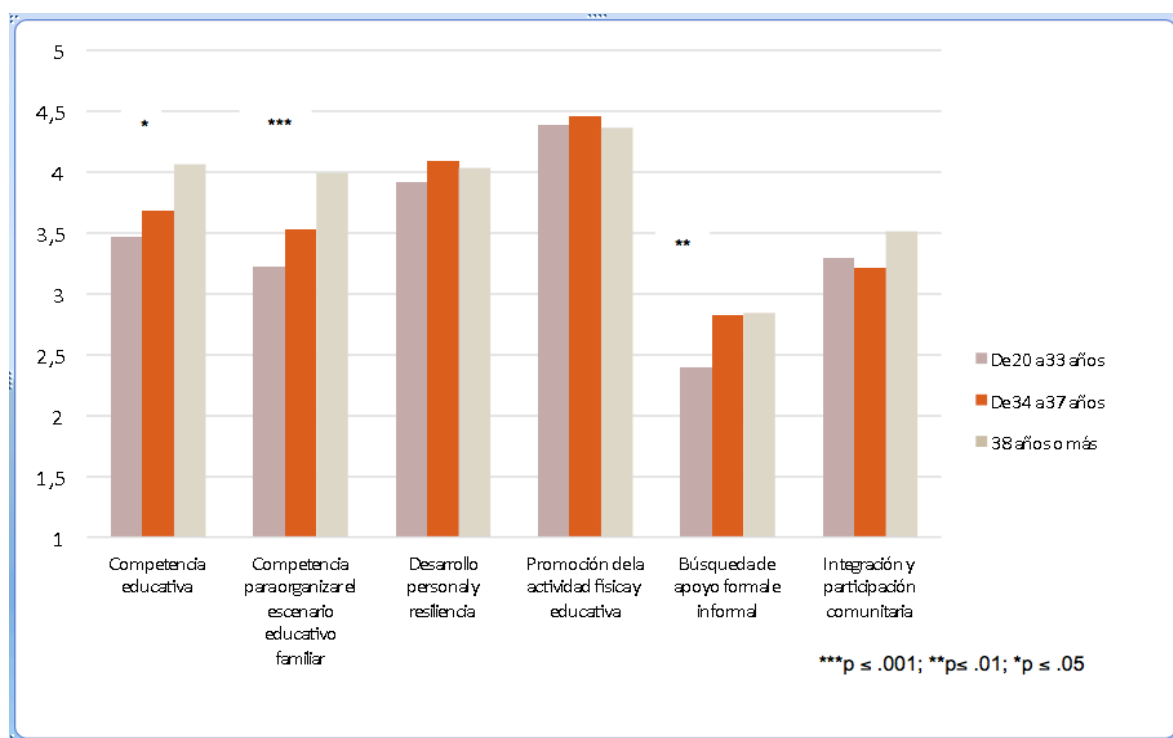


Figura 10: Medias de la Competencias Parentales de las Madres en función de su Edad.

Hemos encontrando diferencias significativas en las madres, en función a la edad de sus hijos/as. Estas diferencias se dan en la competencia para la promoción de la actividad física y educativa ($F_{(1; 189)} = 3.09$; $p \leq .048$). En la tabla 17 encontramos estas diferencias.

Tabla 17: Medias de las Competencias Parentales de las Madres en función de la Edad de los/las Hijos/as.

Variables	De 0 a 12 meses		De 13 a 24 meses		F	P valor
	N=69 $M_{(0-25)}$ (Dt)	N=76 $M_{(13-24)}$ (Dt)	25 meses o más N=47 $M_{(25<)}$ (Dt)			
Competencia educativa	3.66 (1.29)	3.64 (1.15)	3.92 (1.10)	.937	.394	
Competencia para organizar el escenario educativo familiar	3.58 (1.19)	3.36 (0.95)	3.83 (1.06)	2.85	.06	
Desarrollo personal y resiliencia	3.97 (0.78)	3.96 (0.55)	4.16 (0.45)	1.76	.175	
Promoción de la actividad física y educativa	4.28 (0.87)	4.44 (0.45)	4.54 (0.42)	3.09	.048*	
Búsqueda de apoyo formal e informal	2.64 (0.90)	2.60 (0.84)	2.88 (0.95)	1.62	.201	
Integración y participación comunitaria	3.30 (1.09)	3.20 (0.92)	3.53 (0.93)	1.68	.190	

*** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$

Los contrastes post-hoc indican que son las madres cuyos hijos tienen 25 meses o más, a diferencia de aquellas cuyos hijos tienen de 0–12 meses, informan de un mayor desarrollo de la competencia para la promoción de la actividad física y educativa ($M_{(0-12)} = 4.28$; $M_{(25-)} = 4.54$; $p \leq .05$).

Por último, en cuanto a la profesión, observamos que existen diferencias significativas en la competencia educativa ($F_{(1; 189)} = 4.18$; $p \leq .017$). Los contrastes post-hoc indican que las madres que son profesionales de servicios, vendedoras y personal administrativo, a diferencia de las que ejercen como profesionales de nivel medio, tienen una mayor competencia educativa ($M_{(tec)} = 3.48$; $M_{(vend)} = 4.11$; $p \leq .031$). En la tabla 18 encontramos estas diferencias.

Tabla 18: Medias de las Competencias Parentales de las Madres en función de la Profesión de las mismas

Variables	Científicas			F	P valor
	Profesionales nivel medio N=69 $M_{(tec)}$ (Dt)	intelectuales o direct. N=76 $M_{(cient)}$ (Dt)	Servicios, vendedoras y admin. N=47 $M_{(vend)}$ (Dt)		
Competencia educativa	3.48 (1.29)	3.66 (1.28)	4.11 (0–99)	4.18	.017*
Competencia para organizar el escenario educativo familiar	3.36 (1.11)	3.59 (1.07)	3.76 (0.99)	2.06	.130
Desarrollo personal y resiliencia	3.91 (0.63)	4.03 (0.69)	4.13 (0.51)	1.72	.181
Promoción de la actividad física y educativa	4.37 (0.61)	4.37 (0.73)	4.48 (0.49)	.567	.568
Búsqueda de apoyo formal e informal	2.64 (0.96)	2.75 (0.87)	2.61 (0.85)	.476	.622
Integración y participación comunitaria	3.32 (0.91)	3.26 (1.04)	3.41 (1.20)	.355	.702

*** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$

2. Diferencias entre los modelos de crianza y las variables relacionadas con el embarazo, el parto y la crianza

Hemos realizado, por medio de tablas de contingencias, la prueba de Chi-cuadrado con la finalidad de saber si existen diferencias significativas entre las madres que afirman seguir un modelo de crianza natural, las que siguen un modelo tradicional y las que combinan ambos modelos, en diferentes variables relacionadas con el embarazo, el parto y la crianza. A continuación detallaremos las diferencias en los resultados entre estos modelos de crianza y las variables anteriormente citadas.

En primer lugar, hay que señalar que no hemos encontrado diferencias significativas entre las madres de los diferentes modelos en algunas de las variables estudiadas. Sobre el embarazo, grado de dificultad del embarazo y si han buscado o no profesionales cercanos a su modelo para que les atendieran en el embarazo y el parto. En las variables sobre el parto, tampoco existen diferencias en función a la postura de los profesionales frente a su plan de parto, ni según el tipo de centro en el que dieron a luz. Finalmente, en cuanto a las prácticas de crianza, no existen diferencias significativas según el grado de dificultad que han encontrado en la lactancia, en las razones por las que mantienen la lactancia, según si los hijos/as presentan dificultades en el sueño, si descansan durante la noche, en el asesoramiento que han tenido para llevar a cabo el porteo, en función a los demás agentes de crianza y si ha habido ruptura con la familia debido al modelo de crianza.

Asimismo, las variables en las que sí se han encontrado diferencias significativas son las siguientes:

Preparación al parto

Muchas de las madres conocen el modelo de crianza natural durante los cursos de preparación al parto y otras antes. En estos cursos se aborda de manera especial el cuidado durante el embarazo, la conexión emocional con el bebé y la preparación para un parto natural lo que hace esperar que las madres que siguen el modelo de crianza natural presenten diferencias en el nivel de preparación al parto respecto a las madres que siguen otros modelos. En la siguiente gráfica, presentamos estos resultados.

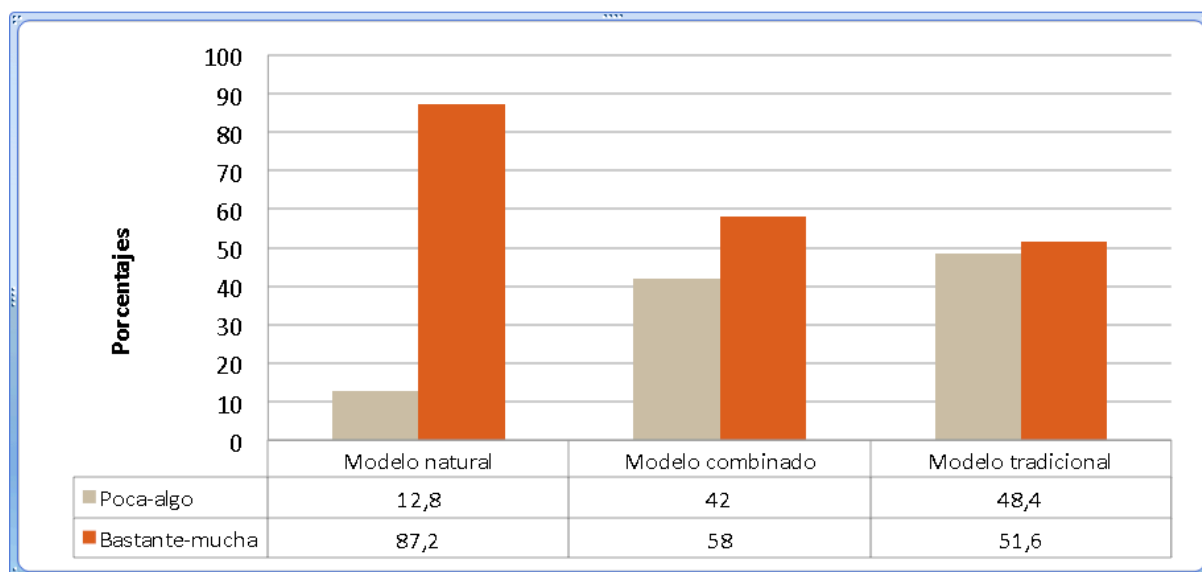


Figura 11: *Diferencias de los porcentajes de los Modelos de Crianza declarados por las Madres, según cómo perciben su Nivel de Preparación al Parto.*

Como podemos observar en el gráfico (figura 11) anterior existen diferencias significativas en el porcentaje de madres de los diferentes modelos, en función a su preparación al parto. A medida que el modelo se acerca más a la crianza natural y por ende, es menos tradicional, el porcentaje de madres que se siente bastante o muy preparada para el parto aumenta. Además, si observamos a las madres que afirman seguir el modelo de crianza natural, vemos como el porcentaje de las que se sentían bastante o muy preparadas para el parto es mucho mayor que el de aquellas que se sentían poco o algo preparadas. Las madres del modelo de crianza natural afirman en mayor medida, a diferencia de las madres del modelo combinado y las del modelo tradicional, haber estado bastante o muy preparadas para el parto ($\chi^2_{(2,192)} = 16.30; p \leq .001$).

Parto natural

Sabemos que una de las prácticas promovidas en la crianza natural es el parto natural. Por eso, nos interesa conocer si las madres que afirman tener este modelo de crianza son las que presentan la mayor proporción de partos naturales o se da en la misma medida en el resto de los modelos. En la siguiente gráfica (figura 12) presentamos los datos obtenidos sobre la relación de estas dos variables estudiadas.

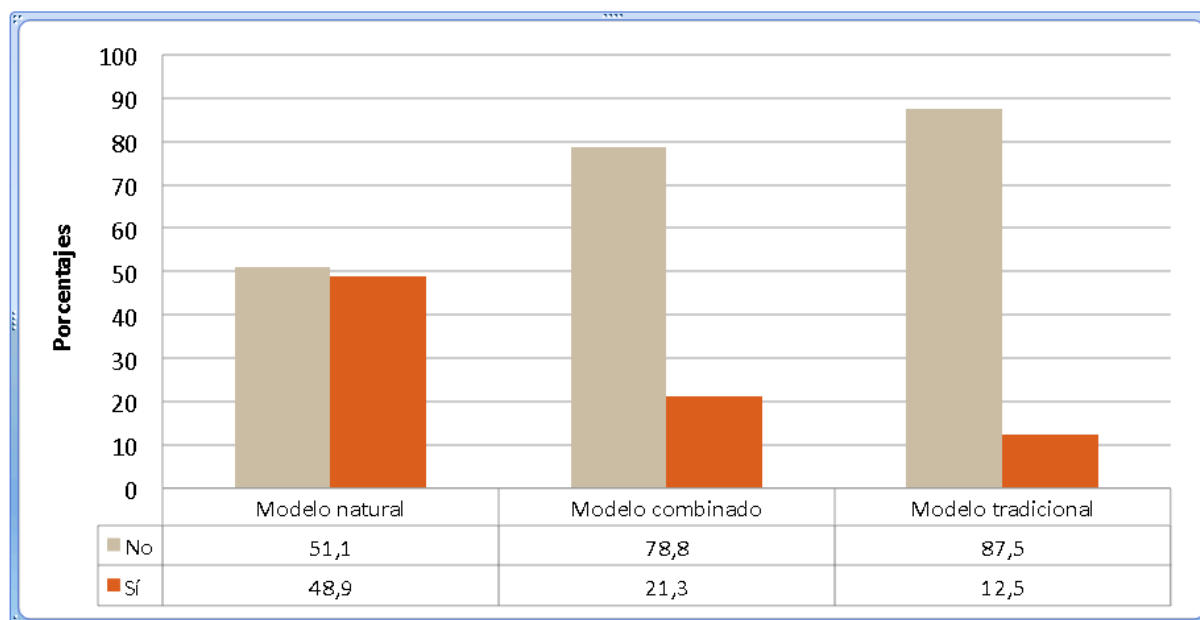


Figura 12: *Diferencias de los porcentajes de los Modelos de Crianza declarados por las Madres, según si han tenido o no un Parto Natural.*

El haber tenido un parto natural es una variable en la que se aprecian grandes diferencias. En los modelos combinado y tradicional son más las madres que no han tenido un parto natural. Además, si analizamos las que sí han tenido un parto natural, vemos que son las madres del modelo de crianza natural las que presentan un porcentaje mayor que las del modelo combinado y el tradicional ($X^2_{(2; 191)}= 20.22; p\leq.001$).

Plan de parto

Suponíamos que el parto natural se asociaba más al modelo de crianza natural y que uno de los principales recursos de las mujeres que optaban por este tipo de parto consistía en la preparación y presentación de un plan de parto donde se recogieran sus preferencias respecto al mismo. En este apartado nos interesa conocer en qué modelo se utiliza en mayor medida el plan de parto. En la siguiente gráfica (figura 13) presentamos los datos obtenidos.

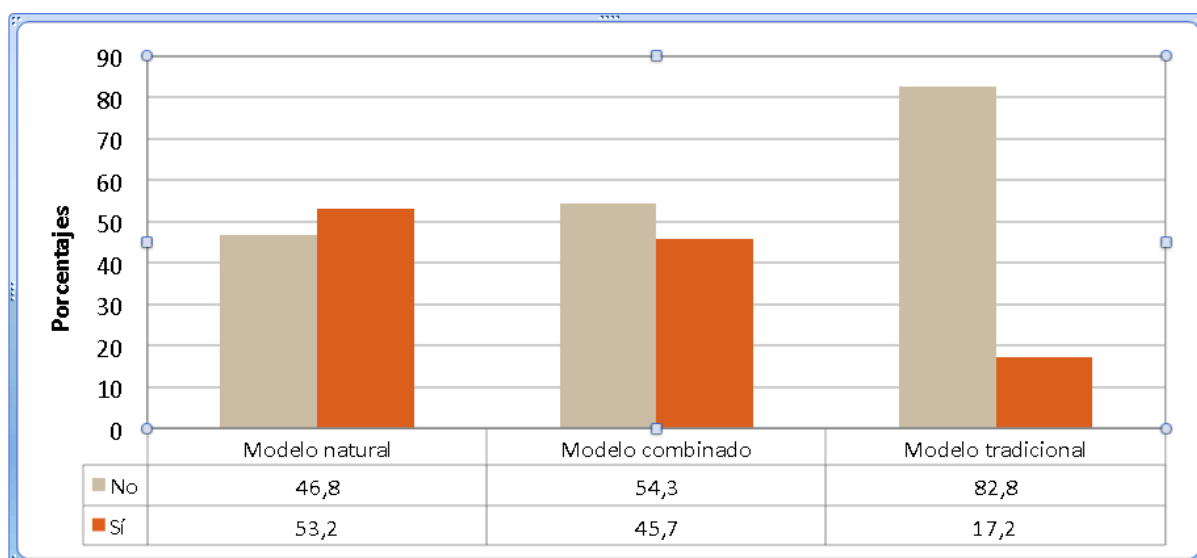


Figura 13: Diferencias de los porcentajes de los Modelos de Crianza declarados por las Madres, según si presentan o no un Plan de Parto.

En la presentación de un plan de parto se pueden apreciar diferencias significativas en cuanto al modelo de crianza. Las madres que tienen un modelo de crianza normal o tradicional, en su mayoría, no presentan un plan de parto. Por su parte, la mayor proporción de madres que preparan este plan se identifican con el modelo de crianza natural ($X^2_{(2; 1921)}=18.39; p\leq.001$).

Contacto piel con piel

Siguiendo con las prácticas relacionadas con el parto natural, analizamos la proporción de madres de cada modelo que realizaron el contacto piel con piel con el bebé recién nacido

en los primeros minutos y horas. En la siguiente gráfica (figura 14) se observan los datos recogidos.

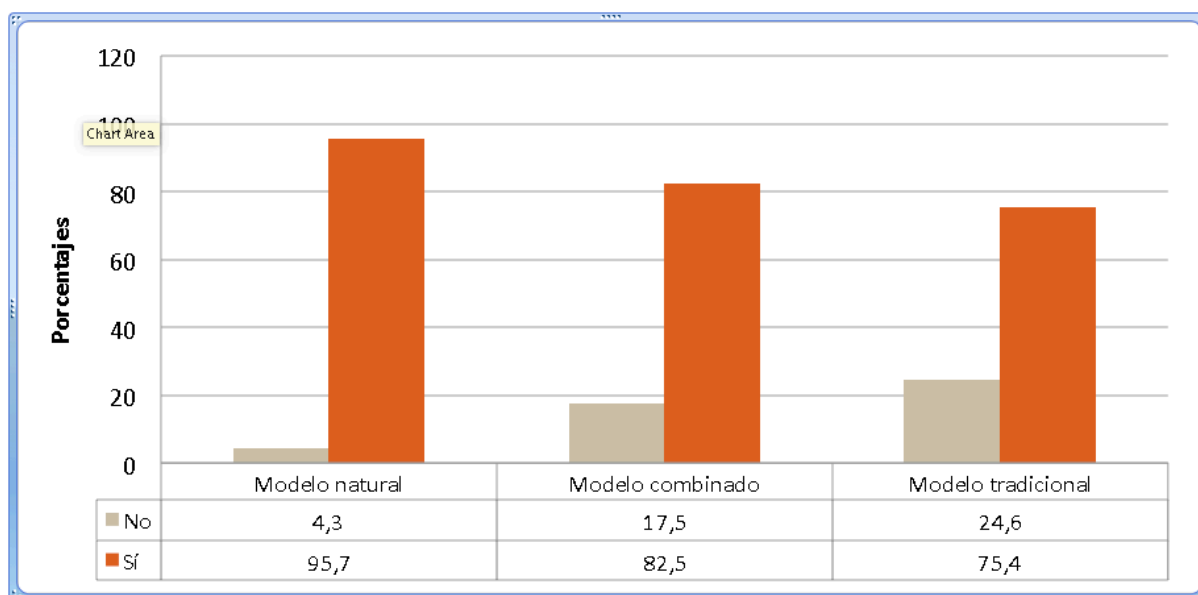


Figura 14: Diferencias de los porcentajes de los Modelos de Crianza declarados por las Madres, según si hubo o no Contacto Piel con Piel.

En esta práctica encontramos también diferencias significativas. A pesar de que en la mayoría de los casos se lleva a cabo la práctica del contacto piel con piel, independientemente del modelo, vemos como en las madres que afirman tener un modelo de crianza natural el porcentaje es mayor. Por el contrario, cuando no se da este contacto el porcentaje de madres aumenta a medida que nos acercamos al modelo tradicional ($\chi^2_{(2, 188)}=8.08; p \leq .018$).

Forma de dormir al bebé

Avanzando en las prácticas de crianza natural asociadas al sueño, hemos analizado la manera en que las madres duermen a sus hijos e hijas. En la siguiente gráfica (figura 15) expresamos los resultados con respecto al modelo de crianza y el modo de dormir al bebé amamantándolo o con otras formas.

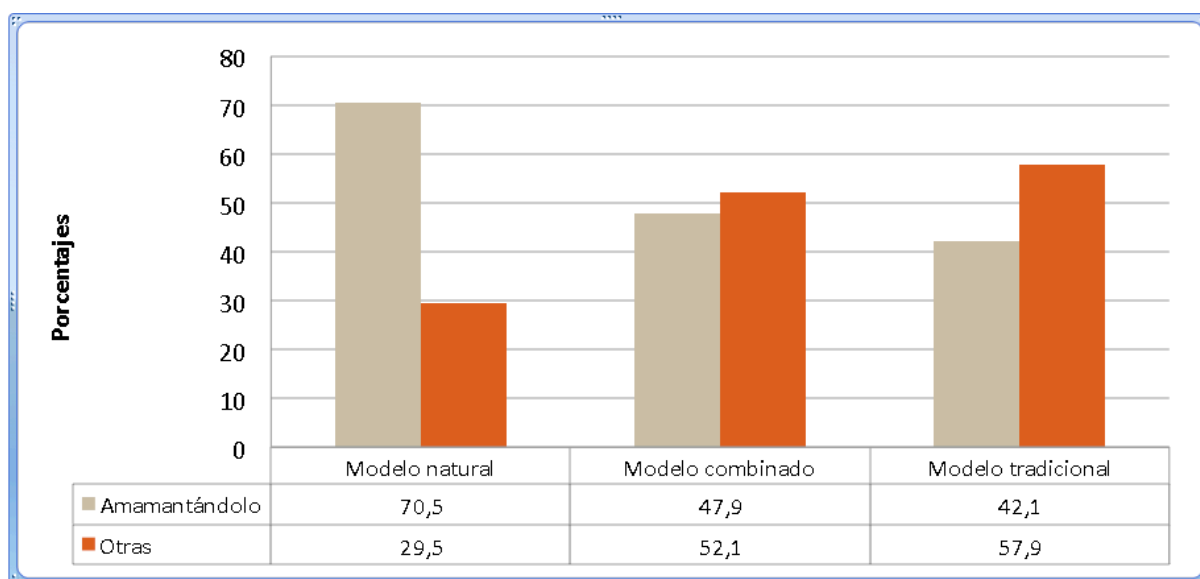


Figura 15: Diferencias de los porcentajes de los Modelos de Crianza declarados por las Madres, según la forma en la que Duermen al Bebé.

En lo que respecta a la manera de dormir al bebé podemos observar diferencias significativas entre las madres que afirman seguir un modelo de crianza u otro. Mientras las madres del modelo natural en su mayoría duermen a sus hijos e hijas dándoles el pecho, las madres del modelo combinado y las del modelo tradicional utilizan tanto esta como otras formas ($\chi^2_{(2, 174)} = 8.71; p \leq 0.013$).

Razones para el porteo

El porteo es una práctica relacionada con la crianza natural que requiere de asesoramiento para la correcta colocación del bebé y que se realiza por razones principalmente relacionadas con su bienestar. En la siguiente gráfica (figura 16) se muestran los resultados de las madres que siguen diferentes modelos de crianza en relación a las razones que les llevan a portear a sus hijos e hijas.

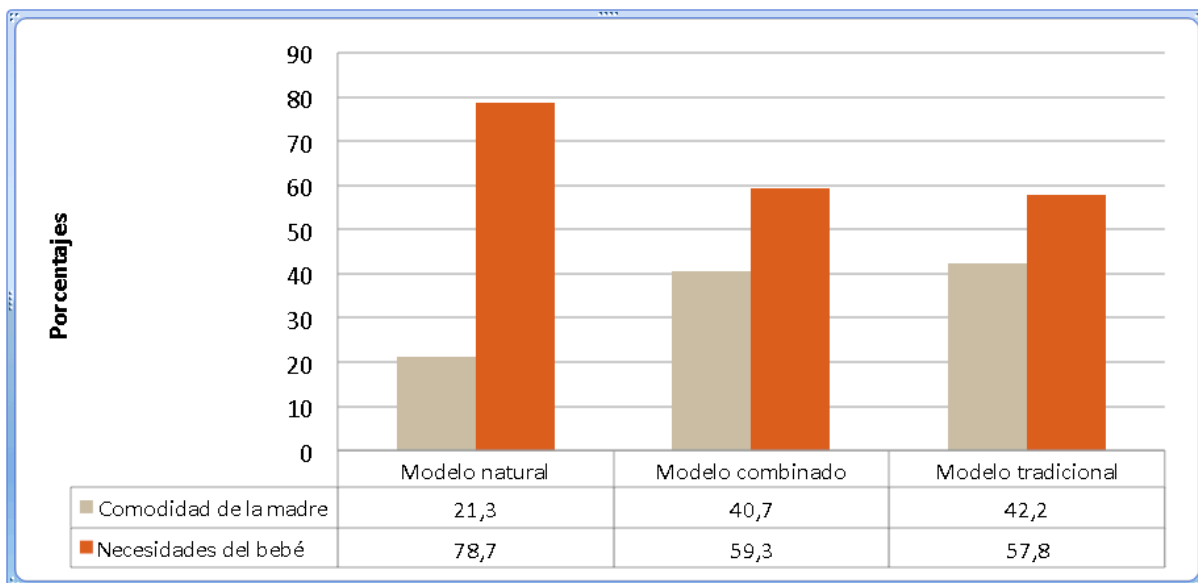


Figura 16: Diferencias de los porcentajes de los Modelos de Crianza declarados por las Madres, según las Razones para el Porteo.

Como podemos observar, en las madres que afirman practicar el modelo de crianza natural el porcentaje que portea por las necesidades del bebé es mucho mayor. Por su parte, el porcentaje de madres que portean por su propia comodidad es mayor tanto en las madres del modelo tradicional como en las del modelo combinado ($X^2_{(2; 192)}=6.22; p\leq.045$).

Reacción del bebé ante la marcha de la madre o el padre

Finalmente, analizamos las reacciones del bebé ante la despedida, si se mantienen tranquilos/as o manifiestan desacuerdo ante estas, para ver si existe alguna relación entre estas reacciones y el modelo de crianza. En la siguiente gráfica (figura17) se muestran los resultados.

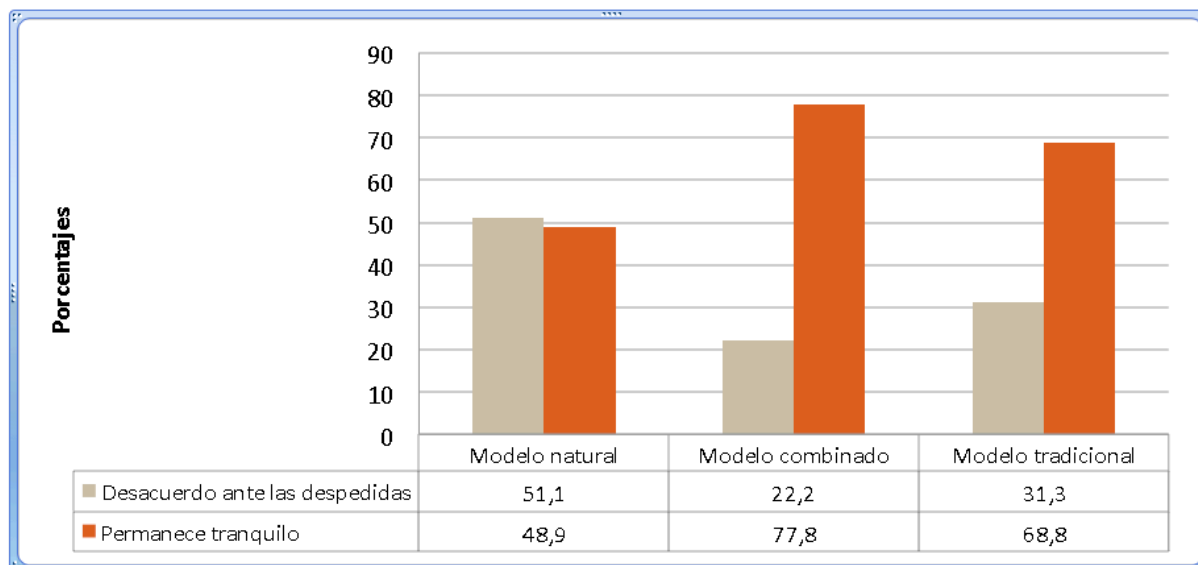


Figura 17: *Diferencias de los porcentajes de los Modelos de Crianza declarados por las Madres, según la Reacción del Bebé ante la Marcha de la Madre o el Padre*

Como observamos en la gráfica, los hijos/as de las madres del modelo combinado y el modelo tradicional permanecen tranquilos/as ante las despedidas. Por su parte el porcentaje de los hijos/as de las madres del modelo de crianza natural se distribuye casi al 50%, aunque es ligeramente mayor el porcentaje de niños y niñas que manifiestan desacuerdo ante las despedidas ($X^2_{(2; 192)}=11.36; p\leq.003$).

3. Diferencias entre los modelos de crianza y las dimensiones relacionadas con la crianza utilizadas en esta investigación

Las escalas incluidas en el cuestionario recogían información relacionada con la importancia atribuida a la necesidades reales o no reales de los niños y las niñas, las expectativas de las madres, su empatía, el uso de castigos corporales, la inversión de roles, el favorecimiento de la autonomía o del control, las competencias parentales relacionadas con eficacia y satisfacción con el rol, el estrés parental y la resiliencia. Pensamos que todas estas dimensiones se presentan en menor o mayor medida según los modelos de crianza que han adoptados las madres.

Nos interesa saber si existen diferencias significativas entre las madres que representan a los diferentes modelos de crianza, según los factores que medían las diferentes escalas utilizadas. Para esto, se llevaron a cabo pruebas de ANOVAs. A continuación se exponen los resultados obtenidos.

En primer lugar, es necesario comentar las variables en las que no se han obtenido diferencias significativas. No existen diferencias entre las madres que afirman que practican el modelo natural, las que practican un modelo combinado y las del modelo tradicional, según el sentido de competencia parental, el estrés parental y las competencias parentales.

En segundo lugar, comentaremos los factores en los que estas madres sí presentan diferencias significativas según los modelos de crianza. Estas se relacionan con la importancia concedida a las necesidades reales y las necesidades no reales de los hijos y las hijas de las madres que practican un modelo de crianza u otro ($F_{(2; 189)}= 6.55; p\leq.002$), ($F_{(2; 189)}= 6.63; p\leq.002$). En la siguiente tabla (tabla19) podemos observar estas diferencias. Hay que significar que las madres de los diferentes modelos de crianza tienen en cuenta más las necesidades reales de los/las hijos/as que las no reales.

Tabla 19: Medias de la Importancia a Necesidades Reales o No Reales de los hijos/as según el Modelo de Crianza.

Variables	Modelo Natural N=47 $M_{(nat)} (Dt)$	Modelo Combinado N=81 $M_{(com)} (Dt)$	Modelo Tradicional N=64 $M_{(tra)} (Dt)$	F	P valor
Necesidades reales	4.57 (0.42)	4.64 (0.34)	4.79 (0.25)	6.55	.002**
Necesidades no reales	1.29 (0.42)	1.25 (0.37)	1.50 (0.5)	6.63	.002**

*** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$

Los contrastes post-hoc indican que estas diferencias se dan entre las madres que afirman tener un modelo tradicional y el resto tanto en las necesidades reales como en las no reales. Las madres que practican un modelo de crianza tradicional conceden mayor importancia a las necesidades reales que las madres con un modelo de crianza natural ($M_{(nat)}= 4.57$; $M_{(tra)}= 4.79$; $p \leq .002$) y que las madres que practican un modelo de crianza combinado ($M_{(com)}= 4.64$; $M_{(tra)}= 4.79$; $p \leq .019$). Por su parte, en las necesidades no reales, son también las madres del modelo tradicional las que conceden mayor importancia a estas con una media mayor que las del modelo natural ($M_{(nat)}= 1.29$; $M_{(tra)}= 1.50$; $p \leq .032$) y que las madres del modelo combinado ($M_{(com)}= 1.25$; $M_{(tra)}= 1.50$; $p \leq .002$). En la siguiente gráfica (figura 18) podemos ver estas diferencias.

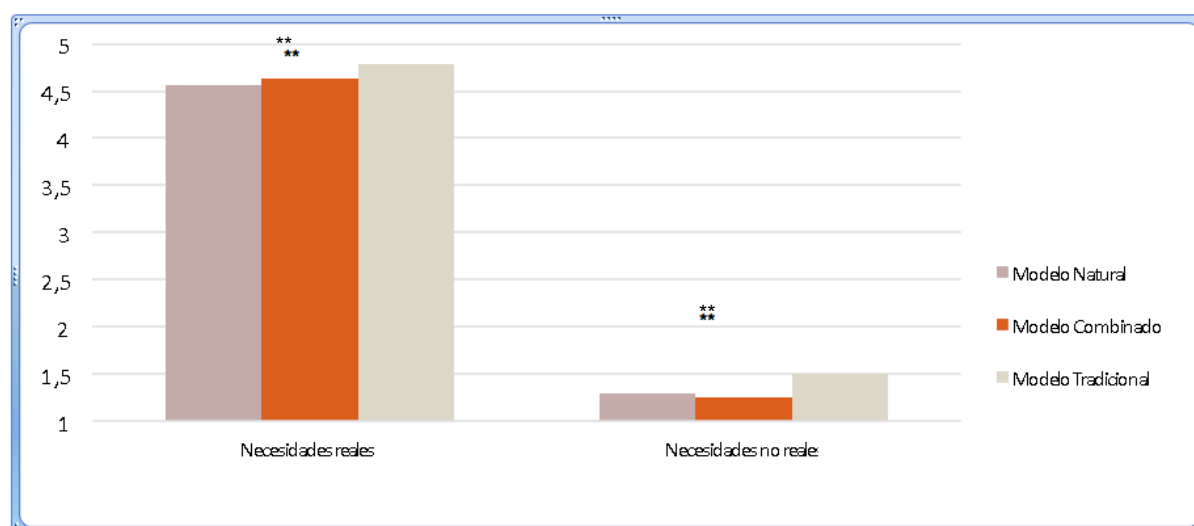


Figura 18: Medias de la Importancia a Necesidades Reales o No Reales de los hijos/as según el Modelo de Crianza.

Además, vemos que existen diferencias significativas en cuanto a actitudes de las madres que practican diferentes modelos de crianza. Estas diferencias se dan específicamente,

en las expectativas en torno a sus hijos e hijas ($F_{(2; 189)} = 6.65; p \leq .002$), en el uso del castigo físico ($F_{(2; 189)} = 5.27; p \leq .006$) y en los roles familiares ($F_{(2; 189)} = 3.04; p \leq .05$). Los resultados obtenidos se pueden apreciar en la siguiente tabla (tabla 20).

Tabla 20: Medias de las Actitudes de las Madres en función de su Modelo de Crianza.

Variables	Modelo	Modelo	Modelo	F	P valor
	Natural N=47 $M_{(nat)} (Dt)$	Combinado N=81 $M_{(com)} (Dt)$	Tradicional N=64 $M_{(tra)} (Dt)$		
Expectativas inadecuadas	1,48 (0,58)	1,59 (0,46)	1,87 (0,73)	6.65	.002**
Falta de empatía	1,42 (0,47)	1,49 (0,26)	1,58 (0,57)	1.88	.155
Castigo físico	1,73 (0,46)	1,78 (0,31)	1,97 (0,53)	5.27	.006**
Inversión de roles	1,78 (0,45)	1,85 (0,35)	1,98 (0,53)	3.04	.05*
Limitación de la autonomía	1,65 (0,63)	1,65 (0,54)	1,80 (0,74)	1.24	.292

*** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$

Si observamos los contrastes post-hoc, vemos que en el caso de las expectativas inadecuadas, las madres que siguen un modelo tradicional tienen una media mayor que las madres que siguen el modelo natural ($M_{(nat)} = 1.48$; $M_{(tra)} = 1.87$; $p \leq .002$) y las que siguen el modelo combinado ($M_{(com)} = 1.59$; $M_{(tra)} = 1.87$; $p \leq .018$). Son también las madres del modelo tradicional las que utilizan en mayor medida el castigo físico, a diferencia de las madres del modelo natural ($M_{(nat)} = 1.73$; $M_{(tra)} = 1.97$; $p \leq .010$) y las madres del modelo combinado ($M_{(com)} = 1.78$; $M_{(tra)} = 1.97$; $p \leq .025$). Finalmente, en cuanto a la inversión de roles, son también las madres del modelo tradicional las que presentan una media mayor, pero la diferencia es significativa únicamente con las madres del modelo natural ($M_{(nat)} = 1.78$; $M_{(tra)} = 1.98$; $p \leq .05$).

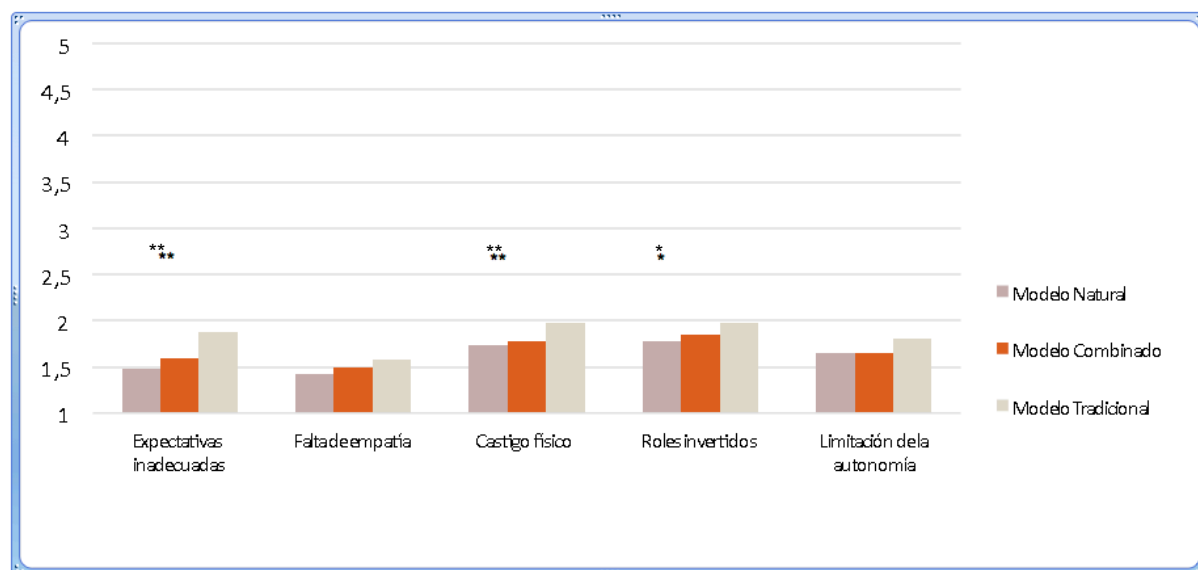


Figura 19: Medias de las Actitudes de las Madres en función de su Modelo de Crianza.

4. Diferencias o no entre las madres según el grado de crianza natural

En el próximo apartado vamos a ver si existen diferencias significativas entre las madres con bajo o alto grado de crianza natural. Antes de este análisis es importante comprobar que no existen diferencias entre ellas según algunas variables sociodemográficas. Necesitamos comprobar que las diferencias se deban al modelo de crianza que se adopte y no por características de las propias madres. Para ello hemos realizado un análisis Chi-cuadrado.

No encontramos diferencias significativas en variables que podrían interferir en el grado de crianza natural, y que son en orden de importancia: la tipología familiar, el nivel de estudios, la profesión, el nivel de ingresos, el número y la edad de los/las hijos/as.

Sin embargo, encontramos diferencias entre las madres según su edad y su situación laboral. Con respecto a la edad, es mayor el número de madres de 30 años o más que tienen un nivel medio-bajo de crianza natural. Por su parte, en el grupo de edad de 34 a 37 años es donde se condensa el mayor número de madres con un nivel medio-alto de crianza natural ($X^2_{(2, 192)}=6.60; p\leq.037$).

En cuanto a la situación laboral, la mayor proporción de madres con un grado de crianza laboral medio-bajo se encuentra en el grupo de las asalariadas, mientras que en las madres de crianza natural medio-alto, esta proporción se encuentra bastante equilibrada ($X^2_{(2, 192)}=18.27; p\leq.001$).

5. Crianza natural y su relación con diversas variables relacionadas con las prácticas de crianza

Ya habíamos analizado la relación entre algunas variables y los diferentes modelos de crianza, ahora nos interesa conocer si existen diferencias respecto a estas variables y el grado en el que las madres desarrollan la crianza natural.

Hemos analizado la crianza natural en relación a una serie de variables que creemos guardan una estrecha relación con las prácticas que requiere este tipo de crianza, para lo que utilizamos pruebas de ANOVAs. A continuación se exponen aquellas en las que se ha detectado que existen diferencias significativas entre las madres que practican o no la crianza natural.

Situación Laboral

Debido al tiempo de dedicación que requiere la crianza natural, en especial durante los primeros años, hemos analizado si existen diferencias significativas entre el grado de crianza natural de las madres que se encuentran desempleadas y las que cuentan con un empleo. En la siguiente tabla (tabla 21) se presentan los resultados.

Tabla 21: *Medias del Grado de Crianza Natural según su Situación Laboral.*

Variables	Desempleadas		Empleadas		F	P valor
	N=48	M (Dt)	N=143	M (Dt)		
Crianza Natural	6.60	(1.52)	5.58	(1.62)	14.66	.001***

***p ≤ .001; **p ≤ .01; *p ≤ .05

Como se puede observar en la tabla 21, existen diferencias significativas entre las madres desempleadas y las que tienen empleo. En este sentido, las madres que están desempleadas, a diferencia de las que tienen empleo, presentan un mayor grado de crianza natural ($F_{(1; 189)} = 14.66; p \leq .001$).

Preparación al parto

Otro aspecto analizado es el nivel de preparación al parto que han tenido las madres. Se trata de averiguar si existen diferencias significativas en el grado de crianza natural de las madres según se sentían más o menos preparadas para el parto. En esta tabla (tabla 22) se presentan los datos hallados.

Tabla 22: Medias del Grado de Crianza Natural según su Preparación al Parto.

Variables	Poca–algo N=71 M (Dt)	Bastante– much N=121 M (Dt)	F	P valor
▪ Crianza Natural	5.52 (1.57)	6.02 (1.67)	4.28	.04*

***p ≤ .001; **p ≤ .01; *p ≤ .05

Existen diferencias significativas entre las madres que consideran que tuvieron bastante o mucha preparación al parto y las que piensan que tuvieron poca preparación. Las madres que afirman haber tenido bastante o mucha preparación al parto, a diferencia de aquellas que estaban poco o algo preparadas, presentan un mayor grado de crianza natural ($F_{(1;190)} = 4.28$; $p \leq .04$).

Parto natural

Una de las prácticas que forman parte de la crianza natural como hemos comentado es el parto natural en el intento de lograr un parto lo menos intervenido desde el punto de vista médico de no ser necesario. Queríamos analizar si el hecho de haber tenido este parto influye en el grado de crianza natural de las madres. En esta tabla (tabla 23) se observan los resultados.

Tabla 23: Medias del Grado de Crianza Natural según si han tenido un Parto Natural o no.

Variables	No N=143 M (Dt)	Sí N=48 M (Dt)	F	P valor
Crianza Natural	5.37 (1.41)	7.28 (1.42)	65.92	.001***

***p ≤ .001; **p ≤ .01; *p ≤ .05

Se constata que existen diferencias significativas entre las madres que han tenido un parto natural y las que no. En este sentido, las madres que han tenido un parto natural, a diferencia de las que no, presentan un mayor grado de crianza natural ($F_{(1; 189)} = 65.92$; $p \leq .001$).

Plan de parto

El parto natural está muy relacionado con que la familia haya realizado un plan de parto. Este es otro punto en el que existen diferencias significativas en cuanto al grado de crianza natural de las madres. En esta tabla (tabla 24) se muestran las medias.

Tabla 24: Medias del Grado de Crianza Natural según si prepararon o no un Plan de Parto.

Variables	No N=119 (Dt) M	Sí N=73 (Dt) M	F	P valor
Crianza Natural	5.49 (1.69)	6.41 (1.40)	15.08	.001***

***p ≤ .001; **p ≤ .01; *p ≤ .05

Como se aprecia en la tabla 24, las madres que realizaron previamente un plan de parto, a diferencia de las que no lo hicieron, practican en mayor medida la crianza natural con sus hijos e hijas ($F_{(1;190)} = 15.08$; $p \leq .001$).

Respeto de los/las profesionales hacia el plan de parto

Aunque las familias hayan realizado un plan de parto, en el momento del mismo se pueden dar diversas situaciones por las que los y las profesionales que lo atienden no respeten este plan. En la siguiente tabla (tabla 25) se muestra que existen diferencias significativas entre las madres a las que se les respetó su plan de parto y a las que no.

Tabla 25: Medias del Grado de Crianza Natural según el respeto de los y las Profesionales hacia el Plan de Parto.

Variables	No N=28 (Dt) M	Sí N=97 (Dt) M	F	P valor
Crianza Natural	5.46 (1.81)	6.26 (1.58)	5.17	.025*

***p ≤ .001; **p ≤ .01; *p ≤ .05

Como se aprecia en la tabla 25, las madres a las que los y las profesionales que las atendieron respetaron su plan de parto presentan un mayor grado de crianza natural que aquellas a las que no se lo respetaron ($F_{(1; 123)} = 5.17$; $p \leq .025$).

Tipo de hospital en el que dieron a luz

Según el tipo de centro en el que ha tenido lugar el parto, si es público o privado, también se pueden apreciar diferencias significativas en el grado de crianza natural de las madres. Como se observa en la siguiente tabla (tabla 26), las madres que han dado a luz en un hospital público, a diferencia de las que lo han hecho en un hospital privado, practican en mayor medida la crianza natural ($F_{(1; 182)} = 6.97$; $p \leq .009$).

Tabla 26: Medias del Grado de Crianza Natural según el tipo de Hospital en el que dieron a luz.

Variables	Hospital	Hospital	F	P valor
-----------	----------	----------	---	---------

	Público		Privado		
	N=137	M (Dt)	N=47	M (Dt)	
Crianza Natural	5.95	(1.67)	5.25	(1.41)	6.97 .009**

***p ≤ .001; **p ≤ .01; *p ≤ .05

Contacto piel con piel

El contacto piel con piel es otra de las prácticas que se fomentan desde la crianza natural. A continuación vamos a analizar las diferencias significativas entre las madres que han tenido mayor o menor contacto piel con piel con sus hijos e hijas, en relación a su grado de crianza natural.

Tabla 27: Medias del Grado de Crianza Natural según si hubo o no Contacto Piel con Piel.

Variables	No hubo contacto		Sí hubo contacto		F	P valor
	N=31	M (Dt)	N=157	M (Dt)		
Crianza Natural	4.84	(1.85)	6.06	(1.53)	15.19	.001***

***p ≤ .001; **p ≤ .01; *p ≤ .05

Como se puede ver en la tabla 27, las madres que después del parto practicaron el contacto piel con piel con sus hijos e hijas, a diferencia de aquellas que no realizaron esta experiencia, presentan una media mayor de crianza natural ($F_{(1;186)} = 15.19; p \leq .001$).

Descanso del padre y de la madre

Otra de las prácticas habituales de la crianza natural es el colecho. En ella las madres y los padres duermen con sus hijos/as. Hemos analizado el grado de crianza natural según el descanso de los padres y las madres. Partimos de la premisa de que aquellos padres y madres que practican el colecho tienen dificultades para el descanso continuo pero su grado de crianza natural será mayor. En la siguiente tabla (tabla 28) podemos observar los resultados.

Tabla 28: Medias del Grado de Crianza Natural según el Descanso del Padre y de la Madre.

Variables	No descansan bien		Sí descansan bien		F	P valor
	N=31	M (Dt)	N=157	M (Dt)		
Crianza Natural	6.21	(1.44)	5.59	(1.73)	6.76	.01**

***p ≤ .001; **p ≤ .01; *p ≤ .05

Existen diferencias significativas entre las madres que afirman que descansan bien y las que no. En este sentido, las madres que afirman que ni ellas ni sus parejas descansan bien, a diferencia de aquellas que si descansan, son las que practican en mayor medida la crianza natural con sus hijos e hijas ($F_{(1;190)} = 6.76; p \leq .01$).

Forma de dormir al bebé

La manera en la que la madre duerme al bebé también es un indicador sobre el tipo de crianza. La mayoría de las madres que realizan colecho duermen al bebé amamantándolo. Al analizar la manera en la que las madres duermen al bebé, hemos encontrado que existen diferencias significativas en el grado de crianza natural en las madres que lo hacen dándole el pecho y aquellas que realizan otras prácticas. Como observamos en la siguiente tabla (tabla 29), aquellas que duermen al bebé mamando, a diferencia de aquellas que lo duermen con otras técnicas, practican en mayor medida la crianza natural ($F_{(1; 173)} = 12.90; p \leq .001$).

Tabla 29: Medias del Grado de Crianza Natural según la forma en la que las Madres Duermen al Bebé.

Variables	Mamando N=31 M (Dt)	Otras N=157 M (Dt)	F	P valor
Crianza Natural	6.27 (1.47)	5.40 (1.72)	12.90	.001***

***p ≤ .001; **p ≤ .01; *p ≤ .05

Uso de porteo y asesoramiento

El porteo también es una de las prácticas habituales de la crianza natural, en este modelo se buscan sistemas ergonómicos y se respetan las medidas de seguridad recomendadas. Preguntamos a las madres si utilizaban porteo ergonómico y si recibieron asesoramiento e información previa sobre cómo portear adecuadamente. Luego, analizamos si existían diferencias significativas entre las que lo utilizaban de manera adecuada y con información o asesoramiento y las que no. Los resultados se observan en la tabla 30.

Tabla 30: Medias del Grado de Crianza Natural según el uso de Porteo y su Asesoramiento.

Variables	Mal uso o porteo sin información N=34 M (Dt)	Uso con información N=158 M (Dt)	F	P valor
Crianza Natural	5.20 (1.69)	5.98 (1.61)	6.40	.012*

***p ≤ .001; **p ≤ .01; *p ≤ .05

Existen diferencias significativas entre las madres que hacen un mal uso del porteo o no tienen información sobre este y las madres que portean y están informadas. Las madres que afirman que realizan un porteo adecuado y que cuentan con información del mismo presentan un mayor grado de crianza natural que aquellas que lo usan inadecuadamente o sin información y asesoramiento previo ($F_{(1; 190)} = 6.40; p \leq .012$).

Razones para el porteo

Continuando con el porteo, un aspecto importante en la crianza natural son las razones por las que las madres deciden realizarlo. Hemos distinguido entre aquellas que tienen que ver con la comodidad de las madres y las que lo hacen por las necesidades del propio bebé. En la siguiente tabla (tabla 31) podemos observar las diferencias.

Tabla 31: *Medias del Grado de Crianza Natural según las Razones para el Porteo.*

Variables	Comodidad de la madre N=70 M (Dt)	Beneficio del bebé N=122 M (Dt)	F	P valor
Crianza Natural	4.79 (1.39)	6.44 (1.47)	58.76	.001***

***p ≤ .001; **p ≤ .01; *p ≤ .05

Como podemos observar en la tabla 31, existen diferencias significativas en relación al grado de crianza natural entre las madres que realizan el porteo por su comodidad y las que lo hacen por beneficio del bebé. Son estas últimas las que presentan una media mayor de crianza natural ($F_{(1; 190)} = 58.76; p \leq .001$).

Consumo de probióticos

Los alimentos y suplementos probióticos ayudan al equilibrio de la microbiota intestinal y a potenciar el sistema inmunitario. Su consumo junto a una alimentación saludable y al uso de la homeopatía es promovido en el grupo del modelo de crianza natural. Hemos analizado si existen diferencias en el grado de crianza natural de las madres que toman probióticos y las que no lo hacen. En la tabla 32 se pueden ver los resultados.

Tabla 32: *Medias del Grado de Crianza Natural según si consumen o no Probióticos.*

Variables	No N=100 M (Dt)	Sí N=112 M (Dt)	F	P valor
Crianza Natural	5.56 (1.80)	6.01 (1.55)	4.66	.032*

***p ≤ .001; **p ≤ .01; *p ≤ .05

Como se observa en la tabla 32 existen diferencias significativas entre las madres que toman probióticos y las que no, en su grado de crianza natural. Las madres que consumen probióticos, a diferencia de las que no los utilizan, presentan una media mayor de crianza natural ($F_{(1; 210)} = 4.66; p \leq .032$).

Agentes de crianza

En el modelo de crianza natural se promueve la atención continuada al menor por parte de su madre y/o su padre pero las circunstancias personales, laborales o familiares llevan en ocasiones a las familias a delegar esta atención y cuidado. Vamos a analizar el grado de crianza natural de las madres que dejan a su hijo e hija con un familiar y las que lo hacen con personas que no pertenecen a su familia. En la siguiente tabla (tabla 33) se pueden comprobar los resultados.

Tabla 33: *Medias del Grado de Crianza Natural según los Agentes de Crianza.*

Variables	Familiares N=70 M (Dt)	No familiares N=122 M (Dt)	F	P valor
Crianza Natural	5.92 (1.68)	5.37 (1.58)	4.23	.042*

***p ≤ .001; **p ≤ .01; *p ≤ .05

Como se puede ver, existen diferencias significativas entre las madres que dejan a sus hijos e hijas con familiares y las que lo hacen con otras personas en cuanto a su nivel de crianza natural. Las madres que dejan a sus hijos e hijas con familiares, a diferencia de las que los dejan con otras personas, presentan una media mayor de crianza natural ($F_{(1; 152)} = 4.23$; $p \leq .040$).

Reacción del bebé ante la marcha de la madre o el padre

La manera en el que el/la niño/a reacciona ante la despedida de su padre o madre puede dar lugar a diferencias entre modelos. Hemos analizado si existen diferencias significativas en el grado de crianza natural según la forma en la que sus hijos/as reaccionan a la despedida. Los datos se pueden observar en la siguiente tabla (tabla 34).

Tabla 34: *Medias del Grado de Crianza Natural según la Reacción del Bebé ante la Marcha*

Variables	Manifiesta desacuerdo ante la despedida N=62 M (Dt)	Permanece tranquilo/a N=130 M (Dt)	F	P valor
Crianza Natural	6.49 (1.61)	5.53 (1.58)	15.28	.001***

***p ≤ .001; **p ≤ .01; *p ≤ .05

Como se observa en la tabla, existen diferencias significativas en el grado de crianza natural de las madres según esta reacción en sus hijos e hijas. Las madres cuyos hijos e hijas manifiestan desacuerdo ante la despedida, a diferencia de aquellas cuyos hijos e hijas

permanecen tranquilos/as, presentan una media mayor en crianza natural ($F_{(1; 190)} = 15.28$; $p \leq .001$).

Emociones ante la crianza

Finalmente, hemos analizado si existen diferencias en el grado en el que practican la crianza natural entre las madres que afirman sentir emociones positivas ante la crianza de sus hijos e hijas y aquellas que sienten emociones negativas. Como se observa en la tabla 35, existen diferencias significativas en la crianza natural de estas madres. Aquellas que afirman tener más emociones positivas ante las tareas parentales, a diferencia de las que presentan más emociones negativas, practican en mayor medida la crianza natural ($F_{(1; 190)} = 5.91$; $p \leq .016$).

Tabla 35: Medias del Grado de Crianza Natural según el Tipo de Emociones que despiertan las Tareas Parentales.

Variables	Emociones negativas	Emociones positivas	F	P valor
	N=51 M (Dt)	N=141 M (Dt)		
Crianza Natural	5.36 (1.82)	6.01 (1.55)	5.91	.016*

*** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$

6. Crianza natural y su relación con las dimensiones relacionadas con la crianza

Para analizar si existen diferencias significativas entre las madres que presentan una menor o mayor grado de crianza natural en función a los factores que medían las diferentes escalas utilizadas, se llevaron a cabo diferencias de medias para muestras independientes *t-student*. A continuación se describen los resultados obtenidos.

En primer lugar hemos analizado la importancia a necesidades reales o no reales de los hijos y las hijas de las madres que practican la crianza natural en mayor o menor medida, encontrando diferencias significativas entre ellas. En la tabla 36 podemos observar las medias halladas.

Tabla 36: Medias de la Importancia a Necesidades Reales o No Reales de los hijos/as en función del grado de Crianza Natural de las Madres

Variables	Crianza Natural media-alta	Crianza Natural media-baja	t	gl.	P valor
	N=136 M	N=56			

	<i>(Dt)</i>	<i>M (Dt)</i>			
Necesidades reales	4.66 (0.34)	4.71 (0.35)	-.881	190	.38
Necesidades no reales	1.27 (0.38)	1.52 (0.54)	-3.78	190	.001***

*** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$

Como se puede observar en la tabla X, las madres cuyo grado de crianza natural es medio–bajo, a diferencia de aquellas que tienen grado de crianza natural medio–alto, afirman en mayor medida conceder importancia a necesidades no reales en torno a sus hijos e hijas ($t_{(190)} = -3.78$; $p \leq .001$).

Posteriormente, analizamos si existen diferencias significativas en el grado de crianza natural de las madres según su sentido de competencia parental, así como en aspectos que guardan relación con el estrés parental. En estas variables no encontramos tales diferencias.

Siguiendo con el análisis, nos interesaba saber si existen diferencias significativas en cuanto a las actitudes de las madres –las expectativas, la empatía hacia lo que le ocurre a los hijos e hijas, el castigo físico, los roles y la autonomía– en las madres que practican la crianza natural en mayor o menor medida. Los resultados obtenidos se pueden apreciar en la siguiente tabla (tabla 37).

Tabla 37: *Medias de las Actitudes de las Madres en función de su Grado de Crianza Natural.*

Variables	Crianza Natural media–alta N=136 M (Dt)	Crianza Natural media–baja N=56 M (Dt)	t	gl.	P valor
Expectativas inadecuadas	1.58 (0.62)	1.85 (0,55)	-2.89	190	.004**
Falta de empatía	1.5 (0.50)	1.52 (0.27)	1.226	190	.82
Castigo físico	1.81 (0.48)	1.90 (0.33)	-1.34	190	.18
Inversión de roles	1.84 (0.48)	1.96 (0.31)	-1.63	190	.10
Limitación de la autonomía	1.65 (0.67)	1.82 (0.55)	-1.64	190	.10

*** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$

Las madres con un grado de crianza natural medio–bajo se diferencian significativamente de las que practican este modelo en mayor medida en las expectativas hacia sus hijos e hijas. En este sentido, las madres con una práctica de crianza natural medio–baja, a diferencia de las que practican este modelo en mayor medida, presentan en mayor medida expectativas inadecuadas sobre sus hijos e hijas ($t_{(190)} = -2.89$; $p \leq .004$).

En cuanto a las competencias parentales, se encontraron diferencias significativas en la competencia educativa y la competencia para organizar el escenario educativo familiar entre

las madres según su nivel de crianza natural. Estas diferencias se pueden observar en la siguiente tabla (tabla 38):

Tabla 38: *Medias de las Competencias Parentales de las Madres en función de su Grado de Crianza Natural.*

Variab les	Crianza Natural media–alta N=136 M (Dt)	Crianza Natural media–baja N=56 M (Dt)	t	gl.	P valor
Competencia educativa	3.54 (1.06)	4.01 (0.94)	-2.25	190	.026*
Competencia para organizar el escenario educativo familiar	3.41 (1.06)	3.91 (1.05)	-3.01	190	.003**
Desarrollo personal y resiliencia	4 (0.64)	4.05 (0.60)	-.54	190	.593
Promoción de la actividad física y educativa	4.39 (0.65)	4.43 (0.60)	-.47	190	.642
Búsqueda de apoyo formal e informal	2.66 (0.90)	2.73 (0.87)	-.49	190	.621
Integración y participación comunitaria	3.32 (1.03)	3.32 (0.89)	.02	190	.984

***p ≤ .001; **p ≤ .01; *p ≤ .05

Como se aprecia en la tabla 38, las madres que tiene un nivel de crianza natural medio–alto, a diferencia de las que tienen un nivel medio–bajo, tienen una menor competencia educativa ($t_{(190)} = -2.25$; $p \leq .026$) y una menor competencia para organizar el escenario educativo familiar ($t_{(190)} = -3.01$; $p \leq .003$). En la siguiente gráfica (figura 20) se representan estas diferencias.

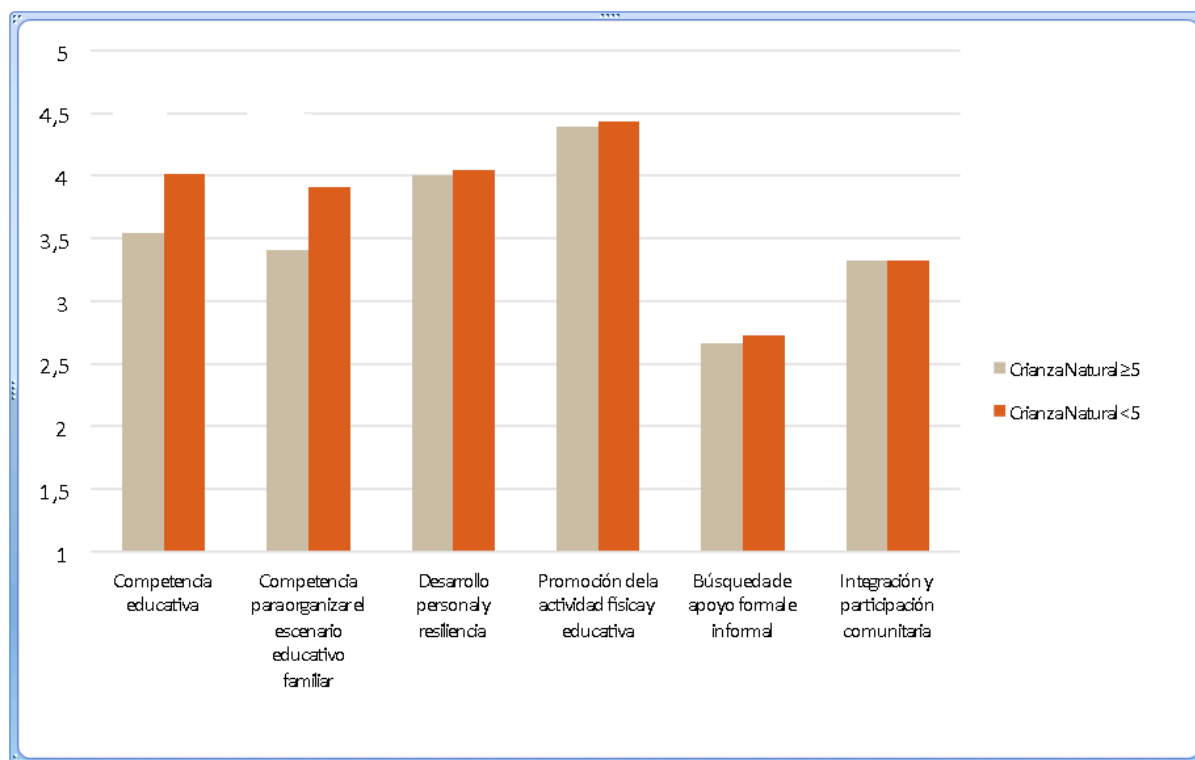


Figura 20: Medias de la Competencias Parentales de las Madres en función de su Grado de Crianza Natural.

7. Análisis de Correlaciones de la Crianza Natural

Nos interesa analizar si existe o no algún tipo de relación entre la crianza natural y una serie de variables. En primer lugar buscamos posibles relaciones entre el modelo de crianza natural y en algunas prácticas vinculadas al modelo y la duración de las mismas como es el caso de la lactancia y el colecho. Finalmente analizamos también la posible relación del momento de incorporación del niño/a al centro educativo suponiendo cierto retraso o ausencia de escolarización.

Para esto hemos utilizado el coeficiente de correlación lineal de Pearson r , cuyo valor oscila entre -1 y $+1$. Podemos afirmar que existe una *correlación positiva* cuando a medida que aumenta la variable de referencia lo hace también la variable con la que se está estableciendo la correlación, obteniendo un resultado positivo ($r_{xy} > 0$). Por el contrario, cuando a medida que aumenta la variable de referencia disminuye la variable con la que se establece la correlación se trata de una *correlación negativa* ($r_{xy} < 0$). Si el resultado es 0 decimos que la correlación es *nula*.

Tabla 39: Correlaciones entre la Crianza Natural y los demás Factores Analizados.

Factores analizados	Crianza Natural
---------------------	-----------------

	r_{xy}	P valor
Edad de las madres	-.077	.289
Edad de los hijos y las hijas	.002	.977
Duración del Embarazo	.256	.001***
Contacto piel con piel	-.122	.093
Duración de la lactancia	.59	.001***
Duración del colecho	.59	.001***
Momento en el que el niño o la niña comienza en el centro educativo	-.06	.424

*** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$

Como se puede ver en la tabla 39 la crianza natural correlaciona positivamente con algunos de los factores analizados. A mayor crianza natural aumenta también:

- La duración del embarazo ($r_{xy}=.256$; $p \leq .001$).
- La duración de la lactancia ($r_{xy}=.59$; $p \leq .001$).
- Y la duración del colecho ($r_{xy}=.59$; $p \leq .001$).

No se encontraron correlaciones negativas con ninguna de las variables analizadas. Además, ni la edad de las madres o la de los hijos e hijas, ni el haber tenido contacto piel con piel después del parto, ni el momento en que se escolariza a los hijos e hijas, correlacionan con la práctica de la crianza natural.

8. Modelo de Crianza Natural

Para definir qué variables son las que influyen en la adopción de un modelo de crianza natural se llevaron a cabo una serie de regresiones múltiples a través del método paso a paso (*stepwise*). Introducimos diferentes variables en cada paso teniendo en cuenta aquellas que podían estar más relacionadas con las prácticas de la crianza natural. En el primer paso variables sociodemográficas (edad, número de hijos/as y situación laboral); en el segundo paso, las que guardan relación con las condiciones del embarazo y el parto (tipo de centro de parto, plan de parto, duración del parto, parto natural y contacto piel con piel); en el tercer paso aquellas relacionadas con prácticas habituales en la crianza natural como son la

lactancia, el colecho y el porteo (tiempo de lactancia materna, dificultades para la lactancia materna, dificultades del sueño, descanso del padre y la madre, tiempo de colecho, asesoramiento sobre el porteo y razones para el porteo), finalmente, en el cuarto paso, variables relacionadas con el cuidado y la educación del bebé (tiempo de cuidado al bebé y reacción del bebé ante la marcha de su madre o padre).

Para garantizar que no se violaran los supuestos básicos de la regresión sobre colinealidad, se analizaron los índices de condición. Se consideró que un índice de condición menor que 20 estaba asociado con una colinealidad leve o moderada, mientras que los índices entre 20 y 30 señalaban una colinealidad elevada. Una vez determinados los índices de condición, para conocer qué variables presentaban multicolinealidad, se analizó la proporción de la varianza de los estimadores de los coeficientes de regresión de los componentes con un índice de alto. Se eliminaron las variables con proporciones de la varianza mayores que .5 en más de dos variables. A continuación se describen los resultados hallados.

Tabla 40: Modelos de Predicción Significativos realizados con Regresión Jerárquica para la Crianza Natural.

Predictores	Madres N=146		
	Pesos β	rs^2	Cambio en R^2
Modelo 1			.101**
Número de hijas/os	.176*	.028	
Situación laboral	-.226**	.046	
Modelo 2			.485***
Situación laboral	-.211**	.039	
Plan de parto	.14*	.017	
Duración del parto	.166*	.025	
Parto natural	.435***	.150	
Contacto piel con piel	.201**	.036	
Modelo 3			.868***
Situación laboral	-.18***	.028	
Parto natural	.369***	.104	
Contacto piel con piel	.106**	.010	
Tiempo de lactancia materna	.347***	.045	
Tiempo de colecho	.256***	.024	
Razones para el porteo	.369***	.112	
Modelo 4			.941***
Parto natural	.32***	.076	

Contacto piel con piel	.047*	.002
Tiempo de lactancia materna	.386***	.055
Tiempo de colecho	.259***	.024
Razones para el porteo	.360***	.107
Tiempo de cuidado al bebé	.319***	.066

*** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$

Paso 1: Edad, número de hijas/os, situación laboral.

Paso 2: Tipo de centro de parto, plan de parto, duración del parto, parto natural, contacto piel con piel.

Paso 3: Tiempo de lactancia materna, dificultades para la lactancia materna, dificultades del sueño, descanso del padre y la madre, tiempo de colecho, asesoramiento sobre el porteo, razones para el porteo.

Paso 4: Tiempo de cuidado al bebé, reacción del bebé ante la marcha del padre o de la madre.

Varianza explicada por el modelo 4: 94.1% ($R^2: .941$)

Se han obtenido resultados significativos en el análisis de regresión jerárquica para el modelo de Crianza Natural ($F_{(17; 145)} = 119.8$; $p \leq .001$) explicando un 94.1% de la varianza. Según este modelo, la práctica de Crianza Natural se predice por un modelo compuesto por variables relacionadas con el embarazo y el parto; con la lactancia, el porteo y el colecho; y con el cuidado y educación del bebé. El cambio en R^2 pone de manifiesto que, de forma específica, las variables sociodemográficas añaden un 10.1% de la varianza explicada, el embarazo y el parto un 38.4%; la lactancia, el porteo y el colecho un 38.3% y el cuidado y educación del bebé un 7.3% de la misma.

Atendiendo de forma específica a las variables cuyos coeficientes de regresión se diferenciaron significativamente de cero, se observa que contribuye significativamente con el modelo el parto natural ($\beta = .32$), el contacto piel con piel ($\beta = .047$), el tiempo de lactancia materna ($\beta = .386$), el tiempo de colecho ($\beta = .259$), las razones para el porteo ($\beta = .360$) y el tiempo de cuidado al bebé ($\beta = .319$).

Resultados de la investigación interpretativa

1. Resultados de la pregunta inductiva
2. Resultados de la pregunta deductiva

Capítulo IX. Resultados de la investigación interpretativa

En este capítulo se presentan por separado los resultados de las preguntas de investigación. En primer lugar los resultados de la pregunta inductiva (¿Sobre qué temas conversan las personas participantes en el grupo?) y en segundo lugar los los resultados de la pregunta deductiva (¿Cuáles son las evidencias que permiten afirmar que se realizan en ese grupo prácticas de crianza natural?).

En ambas preguntas se presenta y describe una selección de las evidencias de cada categoría (y subcategoría en el caso de la inductiva). Añadimos unas consideraciones previas que hay que tener en cuenta antes de su lectura:

- Los textos de las evidencias se aportan tal cual se han escrito, por lo que figuran los errores tipográficos y ortográficos tan propios de las aplicaciones de mensajería instantánea. Tan solo se han suprimido los caracteres ilegibles que representan emoticonos empleados por las personas del grupo.
- Los nombres propios de los adultos, niños y niñas que aparecen no son los reales pues se han cambiado para preservar el anonimato de la información hecha pública en este estudio.
- Las unidades de registro a veces aparecen fragmentadas, lo que se indica con tres puntos suspensivos [...].

- Se presentan en un contexto lo suficientemente amplio para poder comprender mejor su sentido en la interacción de modo que el cambio de párrafo indica un nuevo contexto conversacional.
- El texto en corchetes [] indica una referencia a un tema o a una Imagen que se ha intercambiado en el grupo.
- Los códigos que encabezan las evidencias inductivas detallan la persona participante con un número (ej. P16), seguido del número de categoría (06) y de subcategoría (C): *P1606C*.
- Los códigos que encabezan las evidencias deductivas detallan la persona participante con un número (ej. P12), seguido del número de la única categoría (01) y de subcategoría (D): *P1201D*.

1. Resultados de la pregunta inductiva

- *¿Sobre qué temas conversan las personas participantes en el grupo?*

Tras la categorización y subcategorización de los temas sobre los que las 40 personas participantes en el grupo conversaron en los meses que van desde abril a agosto de 2014, se han recogido un total de 4.940 en el siguiente número de evidencias por cada tema:

1. Cursos y formación	212 evidencias
2. Enseñar a los menores	287 evidencias
3. Actividades en familia	244 evidencias
4. Redes de iguales	808 evidencias
5. Red de apoyo familiar y social en la crianza	160 evidencias
6. Crecimiento y desarrollo	194 evidencias
7. Conductas, desarrollo emocional y contacto físico	170 evidencias
8. Descanso, sueño y colecho	173 evidencias
9. Lactancia materna	90 evidencias
10. Decisiones de los nuevos padres y madres	103 evidencias
11. Alimentación	958 evidencias
12. Aprendiendo a comer	255 evidencias
13. La salud: cuidados y prevención	878 evidencias
14. Productos naturales	408 evidencias

En tabla 41 se especifica el número de intervenciones por participante y temas donde se aprecia el grado de participación de los diferentes miembros del grupo en los distintos temas y categorías.

Tabla 41: Resultado de número de Intervenciones por Participantes y Temas de las Categorías Inductivas

Participantes	N.º de temas en que participa	Categorías														TOTAL
		[nº de subcategorías]														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
		[4]	[6]	[4]	[6]	[4]	[6]	[5]	[5]	[4]	[3]	[8]	[5]	[8]	[5]	
P1	14	63	37	38	108	3	25	12	17	3	9	89	10	91	38	543
P2	13	4	19	3	10	3	4	4	5		7	47	2	5	31	144
P3	11	1	1	1	2	1	1				1	3	1	1	1	14
P4	13	20	8	19	62	3	9	2	5		2	100	10	16	29	285
P5	7	5		1	6						1	6		8	6	33
P6	13	3	2	3	16	1	8	8	4	3	2	14	9	13		86
P7	14	2	4	4	11	5	4	1	1	6	5	47	4	38	7	139
P8	13	7	25	2	20		5	17	17	3	9	46	11	43	49	254
P9	14	16	16	26	90	11	15	19	8	1	1	58	15	33	11	320
P10	14	9	56	29	77	28	31	42	36	15	8	75	56	72	32	566
P11	13	6	1	6	5	1	2	1	1	1	2	28	2	9		65
P12	14	4	9	11	57	32	13	6	10	8	4	14	7	47	4	226
P13	4				2							2		1	1	6
P14	10	1	2		8		1	1	1			18	1	16	3	52
P15	8	1	2		6					4		3	5	36	4	61
P16	8	6	4		11	1			1			5		5	1	34
P17	14	6	7	3	40	1	6	14	8	4	11	49	3	28	43	223
P18	14	4	23	13	44	19	26	7	13	3	8	66	31	42	64	363
P19	14	4	12	17	45	12	15	11	11	3	8	46	21	136	14	355
P20	11	6	2	1	5	6		2		3	2	28		3	3	61
P21	13	2	4	3	21	6	5		4	8	2	28	6	33	5	127
P22	9	4	5	1	14						1	7	3	8	2	45
P23	5		1	1	4						1			2		9
P24	2		1		1											2
P25	2	1			1											2
P26	3	1			1							3				5
P27	11	8	1	8	25			1		1	5	23	5	14	4	95
P28	14	3	4	7	20	5	6	5	8	4	1	19	13	26	8	129
P29	11	2	10		18	1		3	6	1		30	8	62	17	158

P30	11	1	7	1	6	2			1	3		3	10	5	3	42
P31	9	3	1		7			1		1		31	4	20	8	76
P32	5	5		2			1					5		1		14
P33	14	5	20	30	44	13	13	10	13	12	6	32	13	30	5	246
P34																0
P35	12	4	1	6	10	3	3	1		3		21	1	18	12	83
P36	11	2		2	6	1		1	1		4	1	1	11	1	31
P37	12	1	1	1	1	2	1	1	2		2	4	3		1	20
P38	4				1							2		2	1	6
P39	6		1	5	3						1	2		3		15
P40	2	2										3				5
TOTAL		212	287	244	808	160	194	170	173	90	103	958	255	878	408	4.940

El nivel de interés por los temas es muy alto, a la luz de las participaciones: casi el 63% de las personas participantes lo hace en más de 10 temáticas, el 25% lo hace en todos los temas y, por la parte baja, otro 25% participa menos de 6 temas, lo que habla de la diversidad de intereses y preocupaciones de estas personas. En cuanto al dinamismo del grupo, de las 15 personas (un 37%) que participan más de 100 veces, 11 de ellas lo hacen en todos los temas, y las otras 4 en casi todos. En la figura 21 podemos ver un resumen gráfico del grado de participación del los diferentes miembros del grupo en los distintos temas.

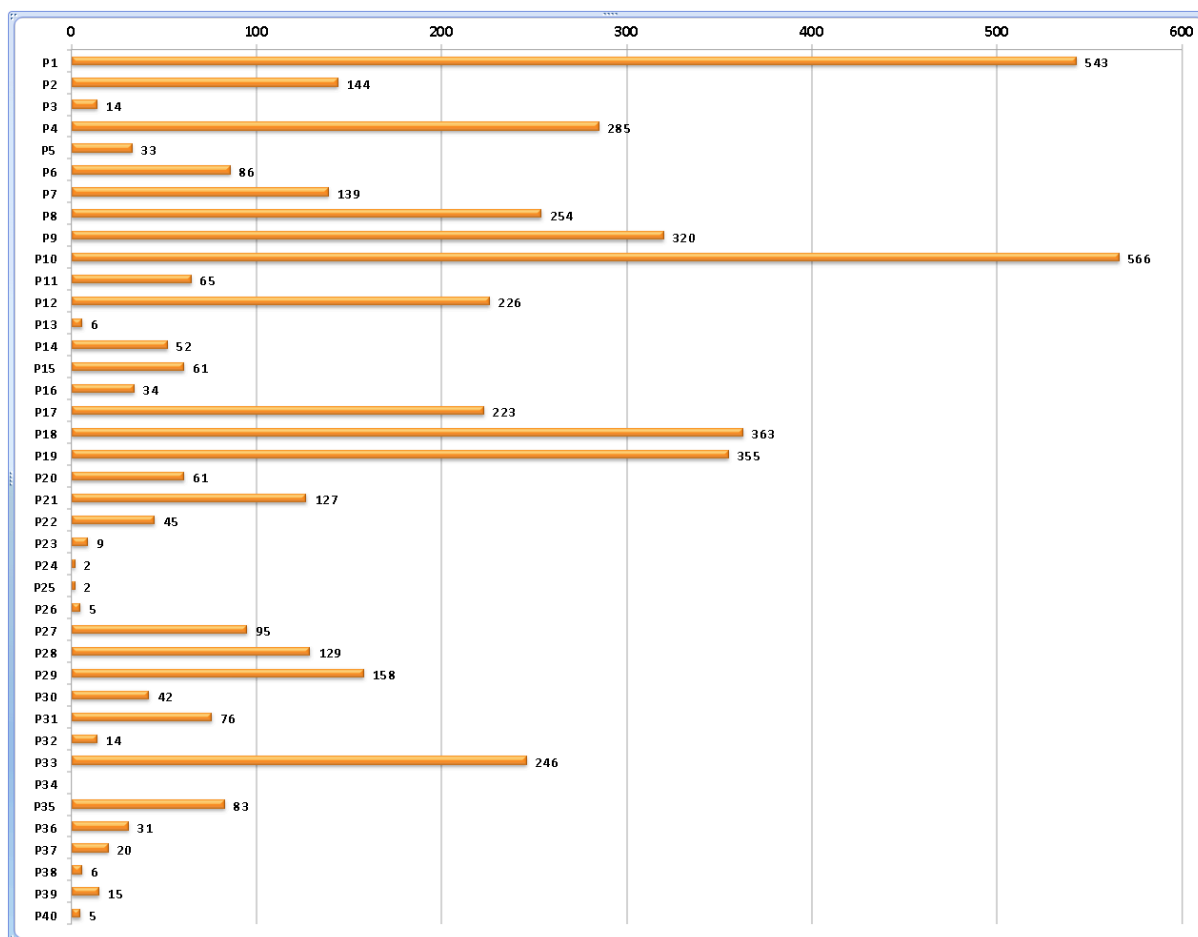


Figura 21: Resultado de Número de Intervenciones por Participantes

Estos datos nos ofrecen un retrato de la muestra como un grupo inusualmente activo, especialmente en los temas que más les motivan a participar: alimentación, salud, redes de iguales, productos naturales, enseñar a menores, aprendiendo a comer, actividades en familia, formación, crecimiento, sueño y colecho, desarrollo emocional, red de apoyo familiar, decisiones y lactancia, según podemos ver reflejado en la siguiente gráfica (figura 22) con el número de intervenciones por categorías temáticas donde se observan las participaciones en los distintas categorías presentadas de mayor a menor número:

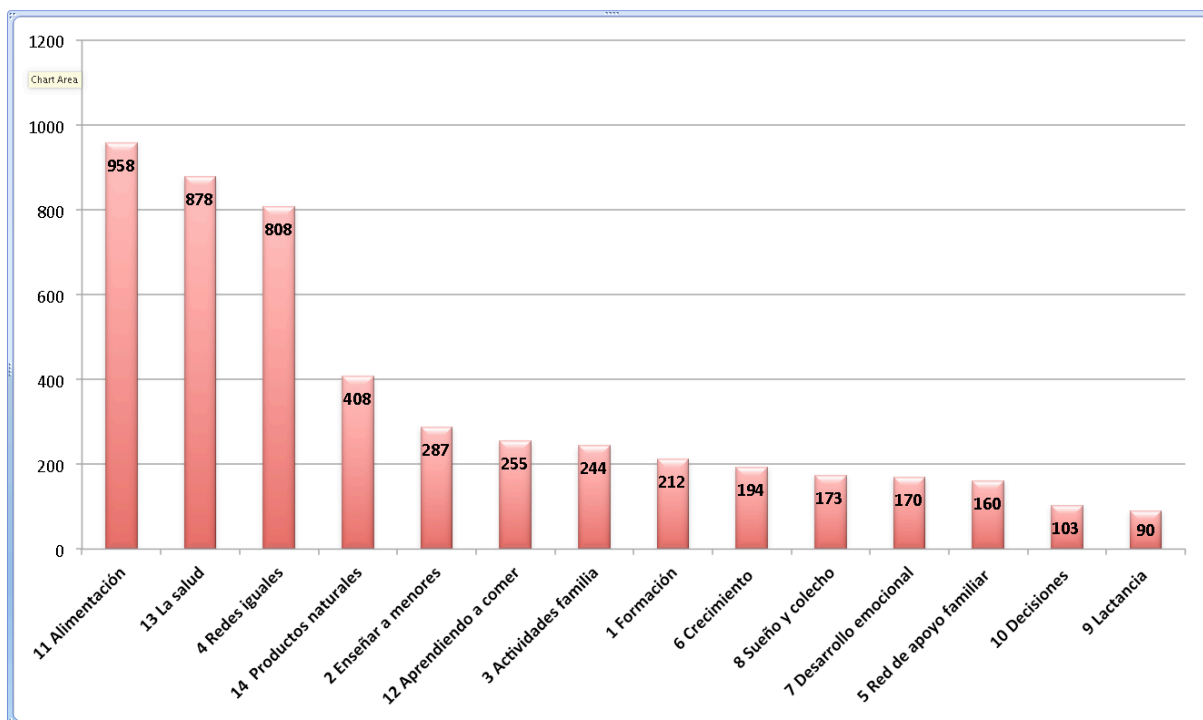


Figura 22: Resultado de número de Intervenciones por Categorías Temáticas

1. CURSOS Y FORMACIÓN

Una de las características que definen las actividades de formación de este grupo es que no sólo asisten a formaciones programadas sino que generan también las suyas propias lo que les lleva a buscar y preparar sus propios espacios de formación. Este hecho habla del carácter proactivo del grupo, que no solo se limita a participar y compartir información sobre eventos sino que se implica en promover la formación que precisan o desean. Se constatan tareas de auto-asesoramiento, y también de autoformación.

a. Espacios

La búsqueda de espacios para las formaciones manifiesta el carácter proactivo y dinámico del grupo que no se limita a compartir información sino que también genera encuentros, experiencias y oportunidades de aprendizaje.

Las evidencias recogen los momentos en los que se buscan espacios en una amplia diversidad de lugares. El hecho de buscar encuentros de carácter formativo amplía el marco de relación del grupo, traspasando la relación virtual y fortaleciendo presencialmente el vínculo entre sus miembros.

P101A El viernes tengo otra reunión... en la talasoterapia las canteras con Pedro el director. Preguntare disponibilidad del espacio y les digo

P101A Buenos días! !!!!! Acabo de hablar con el director talaso, Y dice que hará todo lo posible para intentar que empecemos después de semana santa. Están arreglando Todo, Ventanas nuevas. Ducha no funciona ba uns, Yo pedi tb mosquiteras para Ventanas encima piscina. Tiene buena pinta

P2101A Al menos nos lo están dejando maqueao

P101A Mirando una sala más grande para el pañaleoya tengo una en mente

P101A Acabamos colocar la sala!!

b. Formación

Las actividades de formación a las que acude el grupo se desarrollan con cierta frecuencia y las temáticas de las convocatorias tienen que ver con prácticas saludables relacionadas con el desarrollo personal, la alimentación, las medicinas alternativas y la prevención de enfermedades. Se interesan también por perspectivas formativas específicas como la pedagogía sistémica.

Los comentarios de las personas del grupo reflejan diferentes actitudes: las que ya han asistido y preparan a las demás para lo que se van a encontrar; las que comparten reacciones tras la formación, las que reconocen el impacto emocional; las de las personas que evalúan y contrastan los contenidos; y las de las personas interesadas que, por no poder acudir, solicitan ser puestas al día: es la máxima expresión de interés por la formación y la confirmación del gran valor que le da el grupo al conocimiento y al aprendizaje como modo de mejorar sus competencias parentales.

P101B Hablé con Diego D. Nutricionista y esta diseñando un curso a nuestra medida, le pedi que no fuese solo para ampliar introducción de alimentos para los bebés...sino como alimentarnos nosotros....qué somos el vivo ejemplo

P901B Diego D. hizo mella [curso de alimentación]

P101B Pues quien quiera traer libreta y boli para copia r algo. Se repartira un dossier Pero siempre se puede anotar algo mas

P2001B Lleven para coger apuntes porque lo que dice no tiene desperdicio alguno. Disfruten el curso

P401B Le escucharas el viernes ????. Te va a encantar [Sergio S. Homeópata]

P3201B Pues si!! Y ahora voy más!! Con listado de preguntas!

P1901B Q pena q n sea hoy la cHarla ,ahora [...]

P2701B podrian hacer un resumen para las k no pudimos ir [...]

P1101B Hola chicas!! Yo copie algunas cositas, no demasiado pero alguna nota hay!! lo recopilo y lo cuelgo en Facebook...

P1201B Chicas alguna que fuera ayer a la charla de Sergio S.[...]

P1801B No se, despues por ejemplo mi suegro esta dando un curso en la universidad de nutricion taoista. Y ya os digo, no he estados ni en su curso ni en el de Diego D. , pero los ecos que me llegan de ambos son distintos. : Y no siempre coincide

P3101B A mi me ha mejorado mucho la salud desde q conocí a Diego D.

P3701B Si no va el famoso Diego D. perdón por referirme a él así, pero no lo conozco personalmente me puedo llevar a un par de investigadores en nutrición de la universidad para que nos pongan a caldo según las últimas publicaciones en Nutrition and Genomics Fundaments de este trimestre

P601B [...] Q tal la charla de ayer? [pedagogía sistémica]

P101B La charla muy bien, Cortita, Porque ahora son las jornadas. Es un trabajo personal para luego poder ayudar a otros viendo a la persona no sólo con su realidad sino con todo lo que le rodea A mi me encanta, Trabaja por sistemas, El nucleo familiar como el eje, Y el resto de sistemas Que se ven más o menos afectados por lo que sucede en el resto Como a veces arrastramos sentimientos que no nos corresponden por ocupar un lugar en la familia que no nos pertenece Para ser consciente de ello y poner solución O no pasarles esa responsabilidad a nuestros hijos Etc..

c. Autoaprendizaje en grupo

Son muchos los momentos en los que, de manera puntual, las interacciones del grupo se convierten en un verdadero consultorio de especialistas al estilo de cualquier foro virtual abierto.

La generosidad de los miembros destaca cuando se trata de compartir conocimiento y ayuda en el seno del grupo, ofreciéndose a transferir la propia formación en acciones presenciales. Hay que hacer mención especial de las expresiones de agradecimiento y felicitación a las personas que tienen la iniciativa de hacer talleres, charlas o distribuir materiales, así como de las expresiones que muestran agradecimiento al grupo por el aprendizaje que les genera.

- P801C Un día nos echamos un algo y hablamos de pañaleo todo lo que quieras*
P401C Sí agradecería si Gabriela o Daniela pueden llevar en la próxima qdada los q usan...
P1801C Contad conmigo también para ver la exposición de pañales jajaja
P101C TENEMOS TALLER DE PAÑALEO!!!!!!!!!! Jajajajajajajaj
P101C Pongan x aquí quienes de ustedes vendría
P801C Yo voy fijo, Miranda no te escaquees eh??
P401C Yo también por educación Jajaja
P101C Apuntadas
- P1901C Dsd luego n se puede decir q n aprendamos aki*
P101C Todo lo que se aprende X aquí
P1001C Genial tantos datos [lactancia y su influencia con la anestesia]
P3501C Gracias a todas por compartir.
- P1001C Muy interesante la charla, siempre se aprenden cosas nuevas y se aZoen visitas, gracias Sofía y Jesús. Y a jose tb claro.*
P101C Gracias a tod@s!!!! Me dijo José que estuvo super interesante y que se resolvieron muchas dudas
P3301C Gracias Jesús, Jose y Sofía, estuvo muy bien la charla. [...]
- P3501C Cierto, gracias a todas.*
P1501C gracias x la info!!!
P401C [...] Y Muchisimas gracias por todas las aportaciones. [...]
P1101C [...] !!!... Muchas gracias por toda la información que están publicando!!!...
P2701C Voy aprendiendo de todo lo k ponen y me queda. [...]
P1101C Chicas!!! Cuanta información!!... Se agradece saber que tu peque no es la única que marca el terreno

d. Información de la formación

El grupo permanece en alerta constante acerca de múltiples actividades de formación por la inmediata información que se transmite sobre iniciativas formativas procedentes de

diversos espacios, centros o profesionales. En las convocatorias se precisan los datos relevantes y es frecuente la respuesta solicitando más detalle u opinando sobre las iniciativas, que en algunos casos, tienen que ver con actividades lúdicas para compartir con los niños y las niñas.

P101D Este grupo me facilita compartir información y tenerlas informadas de como va todo A ver si por fin da fecha. De todas formas ya veo venir que con la semana santa x medio seguramente será después de la misma. Quien este interesado que me envíe privado...ya somos unas cuantas familias apuntadas...en espera de precio...

*P101D El taller de pañaleo lo dará Daniela en la tirijala después de semana santa
P101D No les contara nada, Costara, 0€, Un viernes tarde O sábado de mañana
P101D Buenas tardes! ! Esta noche les llegará correo a todas Carta información, Cuestionario Y ficha inscripción, Y además Information curso Diego D. , Y como reservar Solo leer carta Es diferente*

*P101D Y esta tarde abro grupo facebook, Ahi podemos almacenar cosas, Jajajajajajajaj, Y además no se lleva el movil!!!!
P1001D Bueno para eso tb sirve un grupo de Face*

*P901D Sofía puedes recordarme cuando es la charla con Sergio S., el homeópata??
P1201D [...]creo que dijo en mayo
P901D Si, sé q es en mayo,pero q día??... [...]todos los meses tenemos la visita de un profesional, Y en mayo es un homeópata Para darnos algunos "trucos" naturales y no tener q recurrir siempre a la medicina tradicional*

*P101D Este sábado 19, De 10:30 a 13:30
P3201D Hola! Estoy organizando estos talleres. Si alguien esta interesada, ya saben. Animense, los da una guía montessori de la escuela de Madrid, pionera en España. Son plazas limitadas. Un beso!!
P501D Rafaela....que buena pinta tiene!!! ¿Que precio tiene?
P3301D Rafaela, yo también quiero información del taller. Te dejo mi correo
P1101D Hola!!, Rafaela, cuando puedas yo también quiero información del taller. Te dejo mi correo muchas gracias!!!*

*P1701D Cuánto suelen estar? Hay que avisar, llevar algo??
P401D Suele durar dos horitas. A las h habremos terminado Lleva esterilla, trapera o algo blandito para sentarte y abrigo*

2. ENSEÑAR A LOS MENORES

En esta categoría aparecen recogidas evidencias relacionadas con la preocupación de los miembros del grupo por la educación de sus hijos e hijas, en un principio en lo referido a la estimulación acuática, pero también en el mundo que exploran mediante los juegos, los juguetes, mostrando conciencia de su capacidad de hacerles más felices.

Se recogen expresiones de los miembros de satisfacción y alegría, compartiendo vídeos y fotos de los momentos felices de juego, y la preocupación en las interacciones en las que se habla de cómo la tecnología entra en contacto con sus bebés y viceversa.

a. Actividad acuática método amnio

La actividad de *amnio*, que consiste en el contacto con el agua y el respeto y acompañamiento de las emociones surgidas, es la que como hemos comentado da origen a la formación de este grupo. En principio las interacciones del grupo se limitan a ofrecer por parte de P1, que es la responsable de dicha actividad, información acerca de las fechas, los turnos, las novedades, los progresos que observa en los bebés, y todo tipo de anécdotas relacionadas con esta experiencia.

Aparecen comentarios relacionados con las inmersiones y el reflejo de apnea (manera automática y natural en que los bebés realizan un bloqueo automático de la respiración al ser sumergidos). Las expresiones recogidas reflejan un gran entusiasmo por parte del grupo, dado que reflejan el interés y el agrado de los bebés en la participación de la actividad.

P1402A Nos uniremos a la actividad de amnio en Las Palmas los jueves.

P1602A nos incorporamos también al grupo del jueves

P2002A con ganas de empezar

P1602A y con ganas de zambullirnos

P1102A ahora sólo nos queda ir al agua a disfrutar!!!

P402A Amanda vente a piscina. Yo te ayudo hasta q estés lista en el agua. Y seguro q alguna en tú turno te ayuda cuando termines. Yo tengo tantas ganas q no concibo q nadie se pierda este ratito mágico y menos por falta d ayuda

P1002A Le gusto Salomé a Laurita la piscina?

P2802A Siiii, aunque estaba estilo garrapata, estaba receptiva y al final comenzó a soltarse un poco más

P802A [...] Yo no he probado con Alberto, pero supongo que tiene el reflejo de apnea más que perdido

P102A Nooo no se sabe, Próximo dia miramos

P802A Tú crees? Ay yo lo tenía más que asumido que no

P1802A Yo creo que Natalia no lo tiene perdido del todo. Y tienen mas o menos la misma edad no?

P102A Natalia???? Perdido????? Parece un pezcaito!

P1802A Bueno, jajajajaja. Alguna vez se despista pero normalmente aguanta bien debajo del agua, y le encanta la piscina

P202A Y Sofía tu crees q niños d 3-4 años lo pueden recuperar?

P102A Seguro Gabriela. No te quepa duda. Pero requiere más trabajo Nada mas

P802A Pues a ver. Me da un poco de respeto el intento y que él se asuste...

P202A Poco a poco sin prisas, Yo quiero intentarlo con Josefina

P102A Claro no te preocupes será poco a poco cuando este preparado

b. Ambientes similares con agua

La experiencia del primer contacto de los bebés con el mar o con otros ambientes en los que hay agua se contempla en este grupo de manera especial. Aparecen comentarios relacionados con la temperatura del agua, con la continuidad del método *amnio* en otros lugares, el miedo o la decisión para enfrentarse a su primer chapuzón en el mar, y las reacciones difícilmente interpretables de los bebés cuando cambian su patrón de comportamiento. Ante la preocupación aparecen comentarios tranquilizadores por parte de las otras personas del grupo.

P1202B Que bien que le guste la playa a tu bebé...

P1202B Nereida no le gusta mucho, Aun esta muy fria

P1702B Emilia , nos encanta! Nos va el remojo por encima de la temperatura

P2402B [...]Jes muy playero,siempre le gustaron los baños en el mar desde chiquitito, pero ultimamente le ha cogido miedillo creo que porque ha tragado algun buchillo y por el frio... a ver si vuelve a disfrutar como antes!!

P1902B M da q hoy se va a llevar su primer baño en agüita salada En ls canteras

P702B Su primer día de playa

P902B Para ser el primer día de playa esta bastante a gusto

P1902B X fin quiso El agua!!

P202B X aquí tb estamos disfrutando de la playa

P1002B Pongo agua fría o tibia? [Imagen]

P402B Tibia, 37° la pongo yo. La puedes poner encima d unas toallas o mantitas para q la base no este tan dura pq Roberto se pone a patalear

P1002B Ala. Amnio en casa jijiji [Imagen]

P402B Jajaja margullando Jajaja [Imagen]

P3302B Julia no te preocupes. Seguro que es una rachilla. A lo mejor es tan simple como que no le apetece ni playa, ni piscina.

P802B Julia lo que le pasa a la chiqui... Los dos años chica Alberto se bañaba hasta hace unos meses sin problema Ya en Amnio las dos veces que hemos podido ir nos ha costado la vida Pues estamos en el sur desde el día uno y hasta hace unos cinco días no quería meterse de ninguna manera Al final lo dejamos estar y poco a poco se ha ido metiendo el solo, Sólo en piscina. En la playa ni de broma Autodeterminación al poder. Ya no son bebés. Ahora ellos deciden

c. Cuentos de papel y cuidado de no romper

Dentro del proceso de enseñanza a los menores están las preocupaciones de los miembros del grupo acerca de las conductas que muestran sus hijos e hijas respecto a cómo

tratan los libros y los juguetes. Ante estas conductas, aparecen dos actitudes: la de evitar la situación y la de permanecer en ella con paciencia con la confianza de que así se conseguirá el aprendizaje de cuidar los materiales.

P1802C no lo rompe??? [un cuento d papel]

P1802C Ella tenia uno que le encantaba, pero terminó echo pedazos

P1002C No vayan a desaparecer, He comprado de cartón duro Con la esperanza q no se los coma X ahora va bien

P1002C Uno se lo quite hasta q sea mas grande tiene animalitos q aparecen y desaparece, le encanta pero tenia riesgo de romperlo xq tiraba de ellos y yo sufría, Así q desapareció, Lo q no me deja leerselo, Me los quita, Pero sigo intentándolo

P1802C La mia solo me dejaba leerselo si ponía efectos especiales Jajajaj

P802C Por aquí los cuentos ya no los destroza, pero ha sido un trabajo

P402C Q he hecho mal como madre??? Mi Roberto se me ha hecho un consumista!!!

Tira sus juguetes dentro del cubo d la basura Jajaja

P2202C Jajajajaja !! Es su forma de decir que no los necesita Miranda, mira el otro lado

P1002C Pero tb quiero q maneje cuentos de verdad

P902C Juan me deja q le lea, pero yo con un libro y el con otro

P902C Ivana nos encantaron los cuentos, Juan no para de pedírmelos Y nos vamos a apuntar al juego de los rollos de cartón

d. Jugar y juguetes

Aparecen comentarios relacionados con la actividad de jugar y con los juguetes. Se aprecian los juguetes de madera, pero sobre todo hay comentarios acerca de las actitudes, como el jugar a ser mayor, el desorden tras el juego, la práctica de los niños y las niñas de esconder los juguetes en cualquier lugar, o la creencia de que en el juego afloran ciertas herencias familiares.

P1202D Se desperto enraladisima y solo queria jugar...La verdad esta arrebatadisima hoy

P1002D Jugando! [Imagen Q pronto empieza a jugar a ser mayor [Imagen]

P102D Me encanta, juguetes de madera

P1002D Y a mi

P1202D Me encanta el balancin estuve para reyes buscando como las locas pero no se me ocurrió pasar por imaginarium

P602D Q practico el caballito!

P1002D Julieta ha ordenado todo [Imagen]

P1002D Así lo deja Bianca Y hay mas..... [Imagen]

P402D Yo también aproveche para qdarm marujeando y encuentre todos los tesoros d Roberto escondidos en los sitios más insólitos Jajaja

P902D Recogido xq estaba mi sobrina aquí, Y se pasa el rato recogiendo todo lo q tira Juan

*P1802D Oye, y los vuestros no tienen un rincón secreto donde guardan sus cosas?
Jajaja*

P2802D Sisi, encontró de todo desde medias hasta un bombillo

P1002D Los cajones de la cocina El mando y juguetes aparecen ahí

P1802D Natalia tenía una caja de juguete y un día ordenándola encontré latas de mejillones, sujetadores varios, cucharillas... de todo un poco

P1002D Mi hermano cuando pekeño un día decidió q era hora de ayudar a mi madre. Metió la loza en la lavadora...Me pregunto a quien salió mi hija.....Aunque el padre tb se las traía

*P1802D A mi me ha salido una futbolista en casa... cosas de la familia política
[Imagen]*

e. Usos y prevenciones ante la tecnología

El inevitable contacto de los niños y las niñas con la tecnología que ven manejar a sus padres y a sus madres es fuente de numerosos comentarios. Hay comentarios valorando de manera positiva lo que ofrecen los cuentos interactivos, las aplicaciones de las tabletas, y el aprendizaje que se logra.

También aparecen comentarios relacionados con los peligros del abuso, de utilizar la televisión como un descanso para los adultos, la preocupación acerca de la obsesión de los niños y las niñas por los personajes de la ficción animada, y la dificultad de poder acotar las circunstancias para regular su uso, especialmente cuando intervienen otras personas como pueden ser los familiares. Mientras se descubren las pautas para poder educar, la ocultación o el no ofrecer son los recursos empleados.

P802E Su cuento preferido es un cuento interactivo de tablet que es precioso (unas ilustraciones lindas lindas). Consiste en ir recorriendo estancias de una granja para apagarles la luz a los animales. Lo Maneja completamente sólo. Se llama Buenas noches

P1002E Yo q decía q no tocaría el móvil ni el iPad

P802E A mi me parecen herramientas muy potentes bien usadas y sin abusar

P1002E Si aquí el iPad escondido, Solo para ratitos

P802E Es decir, esos juegos son geniales... Y le proporcionan un aprendizaje que un cuento físico no podría proporcionarle. La relación causa efecto es muy buena de conseguir así y mucho más difícil en físico

P1802E Nosotros pasamos una época de ipad... lo escondimos y nunca más. Cada vez q lo veía lo quería, y si no un enfado del 15.[...]

P1802E [...] y odio que vea tanta tele [1 hora o dos al día caen siempre], pero es una batalla perdida... ella coge su sofá pequeñito, lo pone frente a la tele y nos da el mando. ..

P1902E Mi madre lo está acostumbrando mucho a la tele y mi batalla es con ella

P2102E Uff yo es que cuando veo la tele [escasito escasito la verdad] él se pone a jugar a su alrededor y puede quedarse embobado con los anuncios con música alegre

P3302E Dani está en una fase similar... Solo quiere ver peppa pig desde que se levanta hasta que se acuesta. Yo lo distraigo con todo lo que puedo y evito ponerle la tele [no me gusta, siento que se atonta], [...]

P3302E Dani está obsesionado con los dibujos. Tenemos que ponerle límites. Que sí, que muchas veces pasa de ellos, pero por ejemplo anoche se despertó a la de la mañana llorando por Peppa pig [Claudio y yo la llamamos la innombrable]

P802E Odio a Dora mucho

P802E Y a Alberto le encantaaaa

P1002E Yo tb

P902E Jope chicas q les pasa con Dora???

P2102E Alejandro pocoyo, Y pensar que yo no soportaba al atontao ese y él lo adora

P1902E Mi madre lo sta acostumbrando mucho a la tele y mi batalla es cn ella

P1002E Tengo paz gracias a pepa pig Gracias a ella pude desayunar y preparar la comida

P902E Jajaja Bendita pepa pig

P4302E Yo creo q el problema de todos estos padres q habéis nombrado es entre otras cosas la tele...dicen que la nany afirma que con dos golpes los niños van pá'lante bien.. Así los padres no se esfuerzan en criarlos y tiene más tiempo para ver la tele Y la tele q te da? ??? Perdón por la palabra pero te da gilipollez máxima En nuestra casa hace más de un año q no vemos la tele. .. Lo que nos distrae es Angel

f. Preparación de juegos, adaptación de habitaciones

En este apartado se recogen las diferentes iniciativas que los miembros del grupo realizan en sus casas para elaborar juguetes, juegos, preparación de espacios lúdicos y educativos para sus hijos e hijas inspirados en diferentes fuentes, entre ellas comparten múltiples recursos y páginas de Internet. Estos juegos y juguetes tienen en común la creatividad, la manipulación, la experimentación sensorial y espacial, y el reciclado de objetos cotidianos en juguetes con intención lúdica.

Hay que destacar la creación de entornos Montessori que permiten ofrecer en un espacio estructurado con sentido educativo mediante actividades dirigidas por el propio niño o niña en las que desempeña un papel relevante el desarrollo sensorial e intelectual. Es destacable también cómo se aportan los vídeos e imágenes en los que se muestra a los hijos e hijas jugando o trabajando en esos espacios.

P202F Nosotros el otro día estuvimos experimentando Harina y colorante y en el otro arena y una regadera con agua [Imagen]

P102F Wauuuuuu Eso si es una gozada! Con lo que le gusta un pringue Y experimentar texturas Que colorante usas ? Te salvaste Gabriela

*P202F Pues use los d wilton en gel porque son con los q se consiguen el color exacto
Vamos los d las tartas*

P102F Y porque de paso siempre cae algo en la boca Donde los compras?

P3002F Nosotros en casa hemos experimentado sonidos... Me gustaría experimentar las texturas como tu pero no tengo donde hacerlo...

P202F Pues la caja d unos 6€ más o menos Mañana paso y les digo exactamente Esto es en casa d mis padres Usa una toalla en el suelo Y la bañera d ellos o barreños pequeños

P3302F Yo lo que estoy haciendo es repartir zonas de juegos por la casa. Por ejemplo, en el estudio están los instrumentos de música de Dani, junto con los de Claudio . Todos los días va a tocar el xilófono En otra habitación le he puesto una mesa con puzzles Y el salón es el campo de batalla general Lo tengo más que asumido

P3302F Y quiero ir leyendo más de lo método Montessori para aplicarlo en casa, dentro de nuestras humildes posibilidades ¿Ese está bien para alguien que apenas ha leído sobre Montessori?

P202F Si Da ideas concretas...Se los enseñaría pero lo tengo en una caja [Imagen] Así va quedando la habitación d jugar d la nueva casa Esta todo mal colocado jajajaja tenemos q clasificar

3. ACTIVIDADES EN FAMILIA

Los temas que aparecen frecuentemente en el grupo tienen que ver con la manera en la que se desarrollan las circunstancias de su vida cotidiana y de la necesidad de ofrecer a sus hijos e hijas un ambiente de estímulo. Las salidas a la naturaleza, las reuniones programadas por el grupo para compartir esparcimiento entre adultos, y entre el grupo de niños y niñas que desean que se relacionen y jueguen juntos, son provocadas de manera más o menos regular.

Estas actividades y el entusiasmo con el que se vive y se recuerda, van generando progresivamente nuevos vínculos afectivos entre sus miembros, como se puede comprobar por el lenguaje cada vez más cercano y emotivo.

a. Ocio familiar

Son frecuentes las intervenciones en el grupo para compartir los buenos momentos que disfruta la familia en su ocio. La mayor parte de ellas se refieren a los espacios donde se pueden encontrar actividades en las que hay un encuentro con la naturaleza, en parajes naturales, granjas de animales más o menos organizadas para la visita, que abren el debate sobre los sentimientos que generan los animales en cautividad.

- P1903A *Nuestro primer pateo cm familia!!...Q guay la caminata*
 P903A *Nosotros queremos empezar , Me da un poco de respeto con el niño Pero hay q probar*
 P2703A *Cernicalos puede estar bien*
 P1003A *Tb la finca de Osorio puede estar bien*
 P1003A *Es muy bonito y hay animales animales eso a los niños les encanta*
- P2803A *Q sitio tan chulo !!! [Imagen]*
 P1803A *Si que es chulo! Que envidia... yo esq no tngo coche para ir... [Imagen]*
 P103A *Fui al parque [...]Hoy camina ta y boca ta bajo un arbol [Imagen]Esta genial para ir con peques [Imagen] Y muy cerca*
 P1203A *Donde es? Tiene buena pinta*
 P103A *En San Lorenzo. Habia agua en estanques Estaban llenos Pero acequias vacias*
- P1803A *Nosotros en Palmitos park! [Imagen]*
 P1803A *A mi me da pena por los animales la verdad... pero la peque ha disfrutado de lo lindo.*
 P103A *Si a mi tb me dan pena Por eso hace años no voy. Pero reconozco me gustaria ir x Luisillo*
 P903A *Ay Natalia, me imagino cómo disfrutaría!!.*
- P2803A *[...] Renata , se me ocurre q puedes llevar a Bianca al burro Safari, en Santa Natalia. No hay vacas, pero sí burros ...*
 P2803A *Laurita no ha tenido ningún reparo en acariciar y besar a una iguana [Imagen]*

b. Tiempo en casa

Las actividades en casa ocupan gran parte de los comentarios compartidos. En ocasiones las tareas del hogar, la lucha contra el desorden, son fuente de comentarios porque los hijos e hijas se suman a ellas como un espacio lúdico, especialmente en la cocina.

- P1803B *La mia se vuelve loca si ve un animal... le encantan. A mi perro le tiene harto ya, pobre jajaja*
 P803B *Jajajajaja tú tampoco te entretienes poco eh?*
 P1903B *q bien se lo pasan ellos Imagen]*
 P1003B *Ayer..... [Imagen de la niña con delantal]*
- P203B *Bueno...las dejo q voy a intentar coser un poco antes d empezar a preparar el comienzo d semana*
 P1203B *Jajajajajja yo tengo la casa patas arriba que empece a cambiar todo de sitio ayer*
 P1203B *Como cuando estuve embarazada, Pero ahora con juguetes en medio*
 P1803B *[...] A mi me dais envidia las que estais en planta, haciendo lo que sea!*
- P1003B *Debería levantarme a recoger [...]*
 P2803B *[...]Yo salí hoy como las locas, fregué el desayuno de milagro*

*P1903B Yo x lo positivo ya en la casa...
P903B [...]y para recoger hay tiempo*

*P1003B Pero tengo la ropa en la secadora desde x la mañana
P1203B Jajajajaja Con ella no te aburres
P103B Jugó un rato
P2703B Te tiene muy entretenida!!!*

*P1803B Natalia cocinando el sofrito para nuestro arroz de hoy [Imagen]
P403B Como me suena esta imagen Jajaja. A Roberto le encanta cocinar conmigo
P1903B Mis quehaceres diarios... [Imagen]
P2103B Así me veo yo también casi a diario
P1003B Yo limpié la cocina pero después porque*

c. Tiempo libre programado por el grupo de *WhatsApp*

En este apartado hay numerosas interacciones en las que se recogen las actividades que el grupo programa para sí mismo mediante "quedadas" y reuniones en espacios naturales, casi siempre, para que se produzcan interrelaciones entre la comunidad infantil. Se perciben progresivamente las ganas de compartir presencialmente espacio y tiempo, algo que va estrechando los lazos afectivos de los miembros según se puede comprobar por el tono alegre, bromista y distendido, así como el ambiente propicio a la celebración de cumpleaños y embarazos. Las alusiones a las ganas de verse y a compartir las elaboraciones culinarias son otro de los temas que corroboran el acercamiento afectivo de los miembros del grupo.

*P603C Alguna de vosotras suele ir al parque Juan Pablo? X si hacemos una quedada un día...
P2803C Joooo, q bien lo pasan los peques ahí... Tb tendremos q buscar alguna ocasión para ir [Imagen]
P1703C Podríamos organizar alguna salida donde corra un poco el agua...
P103C Cernicalos? A lo mejor ahí si Creo. Próximo domingo, Necesito contacto naturaleza aunque sea una vez x semana. Y Luisillo flipa. Si se apuntan genial!
P2303C Me gusta la idea de los Cernicalos!! Lo tenía en caminatas pendientes!!
P1803C Es un camino bonito... antes de nacer la peque iba mucho con el perro
P403C Nosotros también íbamos con la fauna!!*

*P103C Vamos a prepararnos y nos vamos porque 7 palmas por si les apetece patos
P903C Podemos hacer una excursión... a palmitos
P103C Siiiiii excursion!!
P1803C Por cierto, si van a ir hay q comprar la entrada un día antes por internet y sale mas barata!*

P103C Siento que tenemos que programar asadero veraniego....con o sin chuletas...me da igual...y alegar un poco más de lo que ya lo hacemos!! Pero solo asadero....sin talleres ni charlas más que las nuestras jajajaaj

P3503C Sí, sí!!! Me apuntoooo!!!

P2703C Y yo

P1903C Asadero!!!!!!

P903C Siiiiiii Asadero!!!!!! Pero con chuletas jope

P1003C P10: Siiiiiii asaderoooooo

P703C Supongo que la gente irá poniendo las fotos para ponerlos los dientes largos de lo bien que lo hemos pasado

P3603C Se ve q lo han pasado genial Q pena q no pudiéramos ir

P2103C [4 FOTOS]

P103C [4 FOTOS] P1 Ya les asare fotos cámara. ..estas son de móvil GRACIAS! !! lo dicho aun emocionada

P3603C Ohhhh

P2703C K guay!!!!

P3303C P33 Chiquillas, tenemos que hacer un asadero o un picnic o una quedada en familia... Algo para reírnos un rato y disfrutar con los peques

P103C P1 Chicasllamando a osorio Quien Se Apunta?

P3303C P33 Sofía, nosotros vamos!

P1003C P10 Nosotros si no pasa nada tb Vamos q luego lo marco en el calendario

P4303C P43 Cuando es lo de Osorio? Es para comer no?

P103C P1 Sii Cada uno lleva algo para compartir Y su bebida Compartir un rato en familia Que los peques se diviertany nosotros tb

P3703C ¿Queda mucho para el sábado? ¿Queda mucho para el sábado? ¿Queda mucho para el sábado? ¿Queda mucho para el sábado? ¿Queda mucho para el sábado? ¿Queda mucho para el sábado?

d. Otras actividades del grupo que favorecen la estimulación del menor

El grupo prepara actividades para que sus pequeños y pequeñas disfruten, aparecen evidencias relacionadas con estimulación musical. Las respuestas de asistencia son múltiples y entusiastas.

P103D De cualquier forma, seguimos con nuestras actividades extra

P103D Yo ya estoy planeando inauguración! !! Me gusta más una fiesta Necesito que a la inauguración Lleven un instrumento musical de vuestros hijos Como si es un sonajero. Da igual

P203D Sofía..instrumentos q se puedan mojar?

P103D No, da igual. Es que la inauguración Es aparte El 10 Es sabado Y será en otro lugar Donde poder unir nos todos los grupos Y hacer talleres Comer Etc.. Puede ser instrumento de padre q le guste a la niña?

P903D Vamos a hacer una orquesta!!!!

P1203D Guauu!!! Se lo van a pasar pipa!

P1103D Hola a tod@s!!!, Genial!!

P803D Genial!!
P403D Bien Bien Bien!!!
P2003D Maravilloso!!!!
P303D Yujuuuuu

4. REDES DE IGUALES

Las relaciones de apoyo entre los miembros del grupo se asemejan la pertenencia a una especie de segunda familia en la que se realizan confidencias y se pide ayuda y consejo, trascendiendo su primera función de grupo conectado por una actividad puntual con los bebés (piscina) para convertirse en un grupo de apoyo y ayuda en esta etapa tan intensa de crianza.

El grupo crece en confianza tanto por los esfuerzos de su administradora como por las interacciones afectuosas que comienzan a generar sensación de pertenencia e incluso necesidad satisfecha de tener un grupo de apoyo emocional. El grupo, comienza a recibir informaciones novedosas de las personas más implicadas en el modelo de crianza natural, lo que genera para ellas un momento de descubrimiento.

a. Sensación de pertenencia al grupo

El grupo comienza a conocerse y a presentarse y pronto comienzan a sentirse en un espacio especial, empleando expresiones muy marcadas por el lenguaje de la crianza: son una tribu porque "ninguna mamá debería criar sola", hay oxitocina (la hormona del amor que ayuda al parto rápido cuando surge como natural), les une algo fuerte: el amor hacia sus hijos e hijas.

Hay una cantidad de mensajes tan grande nada más empezar el grupo que ya causa asombro entre los miembros. Aflora en seguida que hay mucho conocimiento que se va a compartir, y que se está gestando algo importante que ayudará en la forma de criar. También se percibe la posibilidad de apoyo y desahogo en los momentos bajos y un gran sentimiento de cooperación y ayuda desinteresada. Se expresan ganas de contacto y de un encuentro presencial, y en seguida comienzan a compartirse anécdotas solicitando apoyo que es encontrado de inmediato.

P404A Es una excusa para celebrar la vida creo Jijijiji
P104A También podremos ir conociéndonos aunque se que muchas de ustedes ya se conocen
P104A Si les apetece ir presentandose....
P1204A Encantada de conocerlas a todas

P104A Bienvenida al grupo Salomé ! Y familia
P904A A este paso nos vamos a ver x la calle y conocernos de toda la vida
P904A Sofía como para quejarte q las familias no cooperamos, Esto es una tribu, como tú dices, y lo demás es bobería

P2604A Increible la de gente q conozco del grupo y yo sin saberlo. Nos encontramos
P104A Una energia buenisima se está desplegando
P104A En un grupo lleno de oxitocina.pasan estas cosas

P1704A Buenos días mamás!! Vaya movimiento tiene este grupo!! Me encanta que se compartan tanto saber y sentir
P904A La verdad es q para ni habernos visto muchas, sí q hay movimiento!!!! Hay buena energía x aquí

P1904A Dsd luego,q bien lo d este grupo!
P904A Sí Andrea, este grupo está genial!!!
P904A Es como tener un apoyo continuo sin qt juzguen
P1004A Al final vamos encontrando personas afines

P104A Son una tribu fantastica
P1704A Es estupendo que busquen tribu!! Ninguna Mamá debería criar sola, vivan las comadres!

P604A Tienes q mantenerte fuerte según tu criterio
P604A A veces la gente opina para ayudar, es normal, luego una ya verá lo q pone en práctica
P1004A Sobre todo no dejen que te machaquen,

P104A Super contenta con el grupo....no sabia se iban a comprometer tanto!
P1704A A mi me ha sorprendido el nivel de compromiso y sobre todo partiendo de cero. Pq nosotros hemos ido a consulta y la verdad los cambios cuestan. Pero es que tenemos la mejor motivación, es por nuestros hijos, por nuestra familia
P3304A Chicas, son una fuente de sabiduría. Que lo sepan.[...]

P1904A Mi desahogo dl dia!
P3304A A todas nos hace falta
P1004A Si al fin estamos todas igual

b. Apoyo emocional

El comienzo cada uno de los días es saludado casi rutinariamente por muchas de las personas que forman parte del grupo, hay un verdadero aluvión de felicitaciones cuando se anuncia un embarazo, de apoyo cuando los bebés están enfermos o cuando hay problemas médicos y de salud.

P1004B Ains valiente Julia
P1804B Muchas gracias a todas por las felicitaciones

P104B Felicidades!!!!!!!....Qué buena noticia!..Ainssss que ilusión poder compartirlo, será un regalo para todos

P1904B Q tal ese embarazo,rosi?

P2704B Enhorabuena por el embarazo!!!

P1404B [...] Por cierto, enhorabuena x tu nuevo embarazo!!

P904B Ay Julia ármate de paciencia

P904B Q le pasó a Nereida??

P104B La Echamos de menos!!!!

P1804B Que le dijo???

P1204B Feliz día a todas!!!

P304B Felicidades

P1204B Jolin y que tiene?

P1204B Pobrecita

P104B Que se recuperen pronto todos los malitosH

P904B Q se mejoren los malitos

P404B Oh pobrecito espero q se le pase prontito [...]

P404B Q tal Luisillo rmo??

P904B A mejorarse todos los enanos

P1904B M acaban d llamar dl materno para el preoperatorio d Alberto! Ya estoy cn el ombligo levantado! Dijeron x aki q solo ds horas antes sin teta no? M acaban d decir ! Es imposible! Cm voy a dejar al niño dsd ls d la mñn llorando? Además entre las y ls siempre se pone a llorar y buscar la teta! Cm le voy ahacer eso?

P2904B Andrea tranquila... al final no se pasa tan mal como imaginamos

P3304B Ánimo, Andrea. A lo mejor si le explicas un poco lo que pasa y haces como Ara, te despegas un poco para que no se desconsuele, la cosa va bien. Te digo que le expliques porque, muchas veces cuando les contamos las cosas nos relajamos nosotros y,por ende, ellos también.

c. Admiración y amor filial compartido

El amor de las madres y padres por sus hijos e hijas es algo que impregna los comentarios en el grupo, ya sea por sus propios bebés o por los de los demás, haciendo comentarios afectuosos y elogiosos tras haberlos visto en algún encuentro o al compartir alguna imagen en el grupo.

P404C Q tipito! Roberto con ese mismo chaquet dan ganas d ponerlo a la brasa, vuelta y vuelta Jajaja

P604C Es q es muy activo, así me tiene consumida!

P104C Pues yo tb! [Imagen]

P104C Y mi hijo Luisillo rmo

P2104C Y este es mi príncipe azul, para que luego digan que no existen

P804C Son la caña!!!

P2204C Estoy viendo nuestro futuro!!!

P2204C Gracias Sofía por el piropo

P1004C Siii, Es mucho

P1004C Menos mal q tiene poco pelo

P404C [...]eso es pq Juan y Roberto se parecen Jijijiji

P604C Este es Nauzet con 6 meses [Imagen]

P1004C Antes muerta q sencilla [Imagen]

P2804C La tengo toda pintorreada, va a salir tan presumida como su madre [Imagen]

P3004C llama Miriam, la próxima semana cumple 5 meses y por ahora es un angelito así que no sé si es bueno que la junte con vuestro@s hij@'s jajajaja

P1004C Mini cocinera

P604C Un jugueteito

P1004C Me va matar del susto

P104C Parece un enano Y cantando. Cuando le sabe hacer trastada se pone a cantar!

P904C Me lo comoooooo

P904C Y tantoooo

P1904C Si,si,y eso q stqa malo

P1704C Ay Lara! Diego D. la describió muy bien, super espiritual y creativa...[...]

P3104C Q guay esa foto!

P3004C Que chachi la foto!!!

P904C Vaya muñequitaaaa [Imagen]

P104C Renata esa niña no se como no te la comes ya!

P904C Croquetita lindooooooo [Imagen]

P704C Jajaja Qué guapa está [Imagen]

P904C Q guapa la futbolera [Imagen]

d. Refuerzo como grupo en apuros

En muchas ocasiones el grupo recibe solicitud de apoyo, ayuda y contraste de opiniones cuando alguien ha tenido alguna experiencia desagradable, acrecentada porque se trata de algo concerniente a su bebé. La manera de dar apoyo suele ser el refuerzo directo acompañado a veces de un lenguaje irónico que rebaja la tensión de la persona que comparte el mal momento. Es una ocasión en la que el grupo refuerza el instinto de las madres y los padres que saben lo que es mejor para sus hijos e hijas en contra de colectivos que debilitan sus posiciones, como puede ser el caso de algunos profesionales de la pediatría y su falta de apoyo a la lactancia.

P2804D Así es, debo reconocer q tengo ese camino poco desarrollado, me invaden las dudas tras cada visita

P104D Y como lo sabia. ...le hizo una analítica visual?

P1804D Flipo con la gente...

P1004D O la mandas a paseo

P1004D Si no le das la razón como a los tontos...

P1804D Y llevarle la tabla de percentiles? Que lo vea y os deje en paz de una vez...
P1204D Ya la vio. Y no la convence
P1804D Que paciencia hija... de verdad que yo cortaba por lo sano
P1204D Como dice antonio recio " me mina la moral"
P1804D Emilia , traetela a la inauguracion que la asustamos entre todas con tanta teta y desnutrición.. jajajajaja

P1204D Ahi si me rio cuando lo dice
P2704D bien empezamos
P104D Me meo
P2704D tu hijo esta un poco atrasaillo.... buajajajaha
P2704D mira tu k ponerlo a gatear a ti sola se te ocurre
P104D Tenias que haberme visto el careto
P2704D dentro de poco salen caminando y diciendo: Oh k paso!!!
P1004D Mira a ver Sofía no vaya a ir gateando a la universidad
P1004D Acostumbrale a caminar mujer
P1004D Pero vamos que no quieres a tu hija x no comprar la leche q ella dice, o por no hacerle fiesta de cumpleaños!!!!!!! Vamos me parece tan bajo

P2104D Son la bomba de verdad [En relación con la información de los pediatras y los lácteos]. Bueno a mí lo que me interesa es que cuando éste malo sepa porque y le ponga solución del resto ya me encargo yo
P1204D Pues si,
P1804D [...] ... no se si alucina mas ella conmigo o yo con ella...
P2704D pobre niño
P1204D Y yo hasts el sabado estuve pensando salir de marcha con mi hija
P1804D Por supuesto la culpa fue de la teta
P1004D La teta culpable de todos los males, Ya ves
P1904D [...] y dspues la teta n alimenta!
P2804D [...] como no, me aconsejo quitar pecho ... Ya me río
P1904D Es q tienen cada cosa!!! [Reaccion frente al pediatra]
P3304D A veces los pediatras dicen cada cosa...[...]

e. Otros grupos

Varias personas de este grupo mantienen relaciones con otros grupos con los que desarrollan intereses relacionados con la crianza, y que van compartiendo a su vez en las interacciones de este grupo, lo que representa, para algunas personas, una novedad absoluta en su contenido y una puerta abierta hacia conocimientos o prácticas que hasta la fecha no se habían planteado.

De esos grupos se comentan claves que tienen que ver con desahogarse, compartir, sentirse unidas, cambiar la manera de actuar, lo que implica una conciencia proactiva ante la circunstancia de ser madre o padre.

P2804E Esta tarde... Grupo de crianza! Necesito terapia ... Bufff

- P1004E Yo tb voy hoy creo!!!!
 P2704E Grupo de crianza donde?
 P1004E Vecindario– Balos
 P604E Supongo que sólo pueden ir las q están aún con lactancia materna no?
 P2704E Veras k te trankilizas
 P904E Lo del grupo de crianza en q consiste??Me tengo q apuntar o puedo ir y ya??
 P1004E Es como un grupo de lactancia, pero trata cualquier tema de crianza. Lo que surja en ese momento
 P904E Y donde es, xfa??
- P2704E Julieta esta bien los grupos. Pq hablas un rato t aprendes cosas, te desahogas....en fin
 P404E [...] Yo mañana a las 11h voy a Azaral en La Garita[...]
 P2704E Pero azaral esta abierto mañana?
 P904E Ok, pues esta tarde pruebo. Graciassss
 P1904E Información. Xfavor!: la necesito
- P404E Y tú Julieta no te animas mañana 11am a venir a Azaral en La Garita?? Más cerca d tú casa no se puede tener un grupo d crianza respetuosa tan chulo Jajaja
 P1004E Voy a tener q ir a conocerlo q el de aquí me va a coincidir con piscina
 P1904E Yo creo q voy sta tarde ,aunke ninguno m keda cerca
 P1904E Podría ir a azaral aalgún dia
 P404E Claro es una gozada estar en un espacio en el q tú hijo no sólo no molesta sino q además es bienrecibido
 P104E Los viernes se reunen siempre Y hacen tslleres Charlas
 P104E Les apetece quedar todas un viernes alli?
 P104E Seremos muy bien recibidas

f. Apoyo activo entre los miembros del grupo

Un último caso que arroja evidencias del apoyo y cooperación del grupo se refleja en el ofrecimiento para compartir materiales o para hacer encargos de compras. Este aspecto confirma las relaciones de confianza y ayuda sin reservas del grupo para con todos sus miembros.

- P1804F Miranda, yo tengo cobertor capri con sus absorbentes que no los usamos. Si los quieres para salir del paso hasta que compres lo que necesites me dices y te los dejo. Eso si, estan trotadillos...
 P404F [...] Daniela los q Julia me prestaria le sirven a Roberto???
- P2104F Y se nos olvidaron los pañales
 P704F Talla 4, yo llevo un paqueton
 P2104F Sí, te compró pañales Julieta, a cuánto me los dejas??
 P904F Trapicheo de pañales, Guau gracias Constanza!!!!
- P3504F Lara que se mejore Alejandro y si quieres el simbioflor [un probiótico] avisa que voy a salir en media hora y si quieres te li alcanzo.

5. RED DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL EN LA CRIANZA

La crianza conlleva la aplicación de principios educativos que a menudo toman forma de prácticas concretas, no siempre bien recibidas ni comprendidas por el entorno familiar y social cercano, lo que va a hacer aflorar las creencias implícitas del modelo tradicional frente al que se practica en el grupo.

La familia responde al modelo de apoyo, sobretudo las abuelas, echando una mano a las parejas en las tareas de la crianza o aliviando los momentos de sobrecarga. En esta edad de los bebés, aparecen muy pocas referencias al futuro apoyo de sus niños y niñas en la escuela o en la guardería.

a. Creencias sociales y conflictos familiares

En este apartado se recogen las expresiones del grupo relacionadas con los diferentes puntos de vista con que se enfoca la crianza de los hijos e hijas por parte de los miembros de sus respectivas familias. En seguida se comprueba que hay un sentimiento compartido de ataque y crítica recibida ante las prácticas desarrolladas. El grupo funciona como un referente que ayuda tanto a resistir el rechazo como a reponer fuerzas y fortalecer argumentos para contrarrestar los ataques recibidos.

Estos ataques se reciben mal por la forma (son irrespetuosos, descalifican a la persona) y por el contenido (no tienen fundamento, denotan desconocimiento de las claves esenciales de la crianza). Este último aspecto hace aflorar evidencias acerca de qué es una buena crianza para el grupo, dividiendo las reacciones entre las madres que se quejan sin más (“me atacan por todo”) y las que son capaces de enfocar con mente analítica los puntos de fricción entre las creencias que más daño hacen.

El malestar aumenta cuando se reciben ataques sobre conductas del bebé, ya sea de la propia familia o de alguien que pasa por la calle, y sobre las consecuencias de practicar con ellos este modelo de crianza. Hay comentarios acerca de la ruptura de una misma posición ante la crianza cuando el padre, influido por la familia, hace dudar a la madre de lo que está haciendo. A la vez se producen expresiones que denotan comprensión de la distancia generacional y del modelo educativo recibido por los abuelos y las abuelas como causa de estos desencuentros. Y también hay, como contrapunto, algunos avances en el reconocimiento

por parte de los abuelos y las abuelas de la repercusión de ciertas prácticas en los maravillosos comportamientos de sus nietos y nietas.

P905A hay q aguantar q opinen

P1005A Xq hacemos lo contrario q ellos Julieta Y o critican o asumen que hay formas mas respetuosas

P905A Exacto,y creen q las equivocadas somos nosotras

P1005A Y lo fácil es criticar

P1805A Ya... pero yo no me meto cuando me dicen que recién nacidos le enchufan bibe por la unica razon de que el niño no moleste y que se levante la canguero... o cuando diceb que apagan los interfonos esos para no escucharlos llorar y dormir en paz.. ni cuando les gritan, o los ridiculizan... no se...

P1005A Ya Julia pero ahí esta la diferencia,Respetamos aunque no compartamos,Aunque hay cosas..... Y hay personas con las q no se puede hablar

P2005A Las críticas porque son?

P1005A X no dejar llorar, X no poner en cuna cuando duerme, X la teta, X los brazos

P1205A A mi por todo lo que hago

P1805A O por la alimentacion autorregulada, porteo, teta...

P1005A Por alimentación....Por todo!!!

P1205A Si creo que en la otra vida esa perpsna fue pediatra

P2005A Paso palabra.... Las cosas han cambiado mucho y hoy en día vivimos la maternidad y crianza de otra forma

P1205A De verdad estoy harta

P1205A Yo ya no se ni como hacerle entender las cosas parece que siempre me tengo que estar justificando con lo que hago o dejo de hacer con mi hija

P1205A No a la que tanto me critica como madre

P1205A El tema es que ya eetamos cansados de hablar y hablar con ella hacemos oidos sordos pero cada vez duelen mas las cosas que dice

P1005A Y le han explicado q le hacen daño?

P1205A Mil veces

b. Apoyo de los padres

Los padres reciben un tratamiento favorable en las interacciones del grupo, tanto por lo que ayudan como por la manera que tienen las madres de generar momentos de encuentro entre sus hijos e hijas y ellos. Hay evidencias de la comprensión de los momentos difíciles por los que pasan ellos debido a circunstancias como los problemas con el descanso nocturno, descanso que por otro lado se percibe mejor en los padres que duermen en colecho.

P1205B El pobre ni ceno de los nervios que cogio

P1805B Natalia hoy se lo ha pasado de miedo... ha llegado a casa y se ha bañado con

P605B Para el de pañales irá papi y se queda con él. Si no, un desastre

P105B Igualmente Daniela!!

P1005B Pero menos mal q siempre estuvo de mi lado

P1205B Si gracias al apoyo de ellos

P905B Benditos papás, Q además de aguantar todo lo q nos dicen...Luego aguantan nuestras bajonas,

P205B No m pregunten..es cosa del papi

P2005B [...]. Yo hoy voy con Jose ...

P3005B [...] Porque la AC en realidad es mi marido el que lo lleva en casa, pues yo trabajo... [...]

P3705B A veces, en lo que uno lo lleva al parque, el otro hace cosas de la casa.

P205B Nosotros lo hacemos una vez a la semana..uno se queda y el otro se va con los peques

P3305B [...] Luego, por las tardes hay veces que Claudio se lo lleva al parque y tienen su rato para ellos solos [...]

P1905B [...] pero Marcos es tan lindo q m dice q come en el trabajo para q n tnga q preocuparme x eso y este mas libre [...]

P1005B A veces echo a papa y a Bianca de casa y limpio o tengo un rato de relax

P1905B Bufff,ves? es una cosa q ls padres n lo sufren... al menos yo dejo dormir a marcos x la mññ,asi q q n se keje tanto,jeje

P1005B Buuuu el mio tb solo a veces se va hacia su lado y le deja arrinconado pero dormir duerme genial

P1005B Aunque tb si hay q levantarse x algo se levanta Y hace un montón en la casa

c. Apoyo de abuelos y abuelas

Se recogen evidencias del apoyo, tanto material como moral, de las abuelas, que aparecen como una figura de auxilio en momentos de apuro y también como un referente emocional para los bebés.

P1005C Ains las abuelas.....Las pobres lo pasan hasta mal

P2805C Q suerte tengo con mi madre... Es la mejor cuidadora q podría encontrar

P405C Tú madre es un amor Salomé .

P905C Q lindas Laurita y su abuelita...

P1605C Qué mejor que una abuela si no está mami

P2805C [...] A pesar de eso mi madre es muy sensible y comparte conmigo la forma de educar a Laurita

P1005C Esa abuela!!!

P1005C Pero en todo lo demás ahí están los abuelos, Bianca siente adoración mi padre

P1905C Ea lo q tiene kedarte en casa d mami pa q t ayude

P1905C Creo q esta noche lo dejare cn mi madre [...]

P2905C Las mamis quieren ayudar a su manera... pero ahora tu eres mami tambien

P1905C x eso recurro a mami. Xq mi marido tb trabajp el fin d semana [...]

P1705C [...] Pero he tenido que simplificar cuando mi madre cuida a Miguel [...]

P3705C Ahí lo único es intentar repartirse las cosas en casa, no hay otra... Y dejar cosas por hacer, pedir ayuda a los abuelos...

P1905C y mi madre encantada d q coma en ella...

P1005C [...] tb tiro de mis padres comer ahí o ellos aqui

d. Escolarización

Hay pocas evidencias de preocupación por el momento de la escolarización, quizá por ser apremiantes otras necesidades más inmediatas y presentes en los bebés que en este momento no han cumplido el primer año. Una de las que se presenta alude a una línea cercana a los postulados de crianza del grupo al compartir una persona que ha encontrado una “madre de día”.

P2805E Chicas... Quiero compartir con ustedes mi alegría de hoy... Llevo algunas semanas visitando las guarderías de mi zona, vecindario y alrededores, cada una peor q la anterior. Siempre barajé la opción montessori, pero me pilla muy lejos y Laurita lleva muy mal las distancias en coche. Hoy, Renata me dio un contacto y una opción q desconocía x completo.

P105E Que bueno Salomé ! Me alegro hayas encontrado a la persona que necesitabas Gracias X compartirlo. Lo apunto para quien lo necesite

P2805E gracias Sofía. Es que estoy muy contenta, me parecía imposible encontrar alguien así tan cerca de casa.

6. CRECIMIENTO Y DESARROLLO

El grupo va haciendo a diario muchos comentarios propios de la vida cotidiana de sus bebés, muchos de ellos son del día a día del cambio que observan en el desarrollo de sus medidas y pesos con la preocupación que ello conlleva, a la salida de los dientes con sus problemas y dolores, al momento señalado de los primeros pasos que marcan un antes y un después en la vida de la familia, y a los gustos que ven formarse con decisión por parte de estas pequeñas personas en desarrollo constante.

a. Crecimiento somatométrico

Las comparaciones y las preocupaciones de muchas madres les llevan a compartir los datos de evolución de peso y crecimiento de sus hijos e hijas y a estar al tanto de los percentiles. Hay alguna muestra de preocupación pero no excesiva.

P1806A [...] y empezó a perder peso [...]

P3206A Pero cogía muy bien peso (1,5kg por mes!) [...]

P706A [...] xq ha bajado de percentil [no tiene en cuenta que el niño ha empezado a caminar]

- P1206A Nereida desde los nueve a los doce solo cogio 300 grs*
P1806A Natalia otra... de los 9 a 12 mese solo cogio 180g. A los 13 meses me mandaron volver y no habia cogido ni un gramo. Le hicieron pruebas de orina y la controlaron y estaba sanisima...
P706A Xq Raico en la de lactancia materna sigue en el mismo percentil
P1006A Bianca tiene 16 meses, A los 15 no llegaba a 9 kilos, Lo que no para yo la Veo bien
P1806A Natalia a los 18 meses justo 9k
- P2806A [...] y q el "bajo peso" no le preocupa, pero si la talla, q los centímetros q no crezca ahora no los recupera, q se va a quedar bajita*
P1006A Esta fuera de percentil de talla????
P2806A No fuera, pero lo ha ido bajando a partir de los 6 meses
P1006A Pero si esta dentro, esta dentro de lo normal
P1206A He estado leyendo algo Salomé no te preocupes Nereida mide solo 70 cms y tiene trece mesitos
P2806A q a partir del año el crecimiento se ralentiza, pero es complicado asimilarlo
- P1006A Ha perdido peso?*
P1806A [...] y encima estancada en peso.. que menudos agobios me pegue y para nada...
P1806A Pero ha estado malita, tambien puede haber perdido por eso
P2806A Sisi, eso es verdad
P2106A Alejandro con 16 meses pesa 10,400 según la báscula de la pediatra y como según ella no ha cogido peso le mandó hacer un urocultivo. La cosa es que y cito: " ha aumentado perímetro craneal y estatura y de peso está dentro de lo normal pero... por si acaso" . Primero porque pesaba mucho con nueve meses pesaba lo mismo y ahora porque no aumenta

b. Primeros dientes

Otro momento para compartir es el de la espera para ver aparecer los primeros dientes y el de las emociones y preocupaciones asociadas a ello, como la posición y las molestias de los bebés.

- P606B Una pregunta, es normal q los primeros dientes salgan torcidos???*
P206B Puede ser. Ten en cuenta q tiene mucho hueco,a medida q vayan saliendo los demás se irán colocando
P706B Si, Conforme salen los otros se van enderezando
P606B Ufff menos mal
P406B Roberto también tiene los dientes d aquella manera Jajaja. El final en vez d ser rectos para cortar son con mini ondas Jajaja
- P906B Y estaba echándole la culpa a las muelas*
P1906B A Alberto le duele muchísimo la boca.[...]
P606B X los dientes?
P1406B [...] De todas formas creo q con los dientes al tragar más babas pueden tener las cacas más flojas, tb más verdes... No sé...

P1906B La boca puede dar fiebre o n es normal? [...]
P1206B [...] a Nereida le da fiebre los dientes pero solo un día y mucho moco tb

P1206B Tengo a Nereida loca de la boquita
P1106B Adriana, esta loca de la boca y yo veo que le funciona.
P1906B [...] así q sigo pensando q es d la boca...
P3306B [...] Sorprendentemente, ahora que le están saliendo los colmillos no se ha puesto pachucho[...]
P106B Estará con los dientes Renata ?
P1006B Creo q vienen 2 dientes [...]
P3306B [...] A él le están saliendo los 4 colmillos a la vez,...[...]

P1906B X cierto a Alberto le rompio un diente la semana pasada y ya le asoma una puntita...bienn....x fin!!
P1006B Q aunque no se queja me muerde y me da que vienen colmillos
P3306B A Dani le han llegado los 4 colmillos a la vez y muerde todo lo que encuentra
P3306B [...] Por si te sirve la idea, yo le doy cepillos de dientes [tiene una colección de cepillos enorme] . Le encantan. Los va mordiendo y, de paso, cuando se deja se los lavo.

c. Primeros pasos

Otro momento especial en la crianza de los bebés del grupo es el de comentar los primeros pasos, haciendo alusión al proceso de abandonar el gateo, a la velocidad de la evolución, a las reacciones de las madres ante la gracia que les hace caminar, pero también al hecho de que otros niños y niñas no caminan aún y al respeto en el ritmo de cada niño y niña como consejo general.

Aparecen evidencias de artefactos para ayudar a caminar, que no son bien valorados por razones que provienen del enfoque de crianza natural y respetuosa con los ritmos de los bebés, aspecto este no asumido por alguna madre que reclama equilibrio y relajar la preocupación.

P106C Nuestro hijo ha dado hoy dos pasitos sin agarre ,
P1806C [...] que decidio que ahora que andaba preferia jugar que comer [...]
P2106C Puffff pues Nereida aún nada de caminar
P1206C A Nereida no le queda mucho para caminar

P1706C Primera foto de Bianca en el suelo!!
P106C Se acostumbro a gatear
P1906C mira Sofía, ste jodio sólo kiere star d pie y ya se va desplazando
P1906C Y ya se levanta dsd el suelo
P106C Sii????, Vaya!!!! Que pasada!

P1906C Apoyandose en ls puertas Va muy rápido
P106C Luisillo cada dia da más pasos solo

P906C Juan empezó a soltarse ayer en la playa
P106C Que bueno Julieta!
P906C Mi campeón ya se soltó a caminar!!!!!! [Imagen]

P1006C Poco a poco Julieta, Ya ira cogiendo confianza Cuando se sienta seguro no lo pararas
P206C Es normal...Julieta a lo mejor ahora tarda en volver a hacerlo No t preocupes
P906C Es q ayer estaba tan decidido...Pero bueno, respeto su ritmo
P1706C Julieta, tiempo al tiempo.. Está ganando confianza! Si hoy no lo ha repetido, No lo veas cómo retroceso. En nada no lo alcanzarás
P106C Julieta linda ya veras en breve esta correteando

P606C Una pregunta, es buena idea comprarle un saltador? De esos q se cuelgan de las puertas...Para los momentos en los q una esta cocinando o vistiendose
P906C Jajajajajaja
P906C Q es eso del colgador??????
P906C Ah, ya sé lo q es, No lo he visto nunca físicamente, Pero me da la sensación q los niños están como suspendidos, Todo el apoyo es en la entrepierna...Es mi sensación
P1206C A mi se me parece a los andadores lo único que el bebe no puede desplazarse aun así esta colgado y no se si para sus caderas eso seria bueno
P2106C No me gustan, los he visto con el niño jugando y efectivamente es como las mochilas colgonas , Y si las piernas aun no están preparadas para esos saltos menos
P306C A mi me gustan, siempre q sea para momentos puntuales, si lo vas a dejar todo el día, bueno seguro q no es. En mi casa todos nos criamos con andadores, no todo el día subidos, y no tenemos ningún problema. Supongo q será malo en exceso. Creo q a veces nos preocupamos demasiado, no se, es mi humilde opinión

P1906C X cierto otra cosa mas ligerita. A las q tienes bebes q gatean,se les han puestod las rodillas oscuras? Intento ponerle pantalon largo para q n le duelan tanto pero se le estan poniendo como negras
P1706C Y para las rodillas, nosotros tenemos rodilleras de gateo. A veces quiere quitárselas, Pues se las quitamos, Pero la mayoría de los días gatea con ellas

d. Cambios y aprendizajes de los 0–3 años

En este apartado hay muchas evidencias que no desarrollan ningún discurso en el grupo, se limitan a subir una fotografía y a hacer comentarios de admiración acerca de cómo van cambiando los bebés. Aparece alguna evidencia acerca del respeto a los ritmos de cada niño o niña, pero en general, predomina un enfoque contemplativo de todas las nuevas actitudes y ocurrencias que van formando el carácter de cada uno.

P106D Ya el otro dia se me planto en la puerta y quería coger manecilla...espero que fuese para jugar

P106D Luisillo de vestirse nada de nada...bufff lo hacemos cantando leyendo un cuento o enseñándole algo que le guste mucho

P1006D Sabes lo q hace desde hace unas semanas? Mete la cabeza en el agua y sopla

P106D Es que lo pillas to!!!

P1806D La mia esta dandole por saco al pobre perro

P1006D ya esta intentando subir a la mesa otra vez [Imagen]

P606D [...]Telita... Me tapa el proyector... Una odisea

P106D no tenia problema, Pero ahora...En el ultimo se me comió un trozo fotocopia

P1206D [...]Tb estan mas activos y queman mas

P1206D Bianca es un terremoto chico

P1006D Buenos días, ya aprendí sacar la silla debajo de la mesa!!!!" No hay quien me pare!!!

P1806D Natalia acaba de coger el cubo con toda la ropa limpia para planchar y la ha tirado a la bañera llena...Voy a bañarla y me veo una especie de sopa rara de ropa...

P1006D No me acaba de hacerle quitar el pantalón de chándal que le puse y cambiárselo por uno vaquero!!!!

P106D Es que en un abrir cerrar de ojos....No para ni un segundo!

P1006D 16 meses Pero cada niño un mundo

P1006D Bianca de costurera [Imagen]

P1006D Trabajar cansa mucho, Ahora ayuda a papa [Imagen]

P1706D [...] Por eso no para de subirse a todos lados [...]

P1806D Estoy recogiendo los platos de la cena, veo a Natalia en medio y digo... y la niña mas guapaaaa Y me contesta... esta aqui!!!

P406D Yo leí q controlan sus esfinteres al 95% con 3 años y medio. Así q todavía me qda Jajaja.

P806D Depende de cada niño

P406D Claro y de como les ayudemos a hacerlo los padres, imagino???! Sin presión ni castigo

P806D Conozco niñas que no tienen ni dos usando sólo pañal para dormir...Y sin presión... Es cuestión de madurez. Cada niño es un mundo

P106D Están en una etapa preciosa

P3306D La verdad es que últimamente nos está dando muchas sorpresas. Ha pasado de tenerle miedo al agua y a otros niños, a meterse en el agua y hacer un montón de amiguitos en el parque. Todo eso en cosa de 2 semanas

e. Gustos de los niños y las niñas

Un elemento que destacan las personas del grupo son las decisiones que ven que toman sus hijos e hijas referidas, sobre todo, a los gustos por vestirse de tal o cual manera, las preferencias por la ropa que tiene dibujos de personajes de ficción animada, y las reacciones

de apariencia desproporcionada cuando esas decisiones no se respetan o complacen. Es llamativa la mezcla de sorpresa, admiración, resignación ante estos comportamientos tan marcados, así como la ausencia de comentarios que profeticen de manera determinista los rasgos de carácter de sus futuros hijos e hijas.

P806E [...] Pues con los pañales de tela igual.

P806E Como son distintos es más divertido elegir

P806E Con los pañales funciona mucho hacerlos participar, Alberto los elige y con eso mejora un poco el asunto, Si está uno que tiene de Pocoyó siempre quiere ese

P1006E Si eso he conseguido con la ropa, Gatos perros y minnie se deja poner

P1006E Sin embargo la chaqueta y los zapatos sin problema, te los trae ella y te dice vamos !!!

P1806E ... ella lo daría todo por ir desnuda todo el día jajajajajaja...Pero la ropa ni hablar

P106E Termino sudando a veces, Desnudo le reencanta

P1006E Capaz y mañana me dice que quiere otra ropa

P1806E Ufff... si, está entrando de pleno en los dos años... va a gastar la palabra no Sobre todo con la ropa... el otro día tuvimos la rabieta del siglo porque el pañal que ella quería ponerse estaba sucio, y era para dormir, no podía dejarla desnuda... Pobrecita, que llorera...

P1006E Uy eso lo tuve hoy x la mañana Quería ponerse ropa del cesto Pijamas blusas Minie, peppa, susie Unos lagrimones Conseguí q se conformara con el bolso de peppa

P1806E Y mira q Bianca es pequeña, pero la claro que lo tiene... jajajaja

P3306E Pues me tranquilizan un montón. Dani lleva diciendo que no a todo por sistema desde que tiene meses. Ya llevamos meses así y con unas rabietsas por los cambios de ropa, de pañales, de zapatos... Está en plena negación del cambio.

P3306E Creo que a Cecilia no le gustan los vestidos

P1006E Tendré que asumir q toda la ropa tiene q llevar peppa minnie o gatitos

P1006E Bianca metió su ropa en la lavadora a ver si así se la puede poner

P1006E Bianca tp quiere vestidos aveces la convenzo

P3306E El domingo lo llevamos a la playa. Cuando llegamos, lloró porque no quería estar allí (o eso creemos), luego lloró porque intenté quitarle la camiseta y montó el pollo de la vida cuando lo sacamos de la playa y le quitamos la camiseta y el pañal llenos de arena. Tenía unos gritos u unos llantos que parecía que lo estábamos descuartizando Y más o menos tuvimos algo igual anoche cuando le fuimos a poner el pañal nocturno y el pijama

f. Coeducación y género

Hay algunas evidencias relacionadas con la elección de las ropas y de los juguetes respecto al género de los niños y las niñas. Las niñas eligen su ropa, y hay evidencias del gusto de niños por el juguete de la cocinita al aparecer una imagen de uno disfrutando con

ella, lo cual es valorado con normalidad hasta que una madre confiesa que en este grupo esto es normal, pero que se avergonzaba de esa actitud fuera.

P406F Los varones también quieren elegir su ropa???

P906F A mi aún no me ha pasado Miranda, vamos a pensar q es cosa de niñas...

P406F Jajaja sí. La esperanza es lo último q se pierde Jajaja

P1806F La mía es niña y no hace esas cosas...

P606F Se nota que es niña, menuda soltura

P106F Si erika!

P906F Esa niña le pega a todo!!!!

P1006F Se puso una diadema y fue a mirarse al espejo

P106F [Imagen de niño con cocinita juguete] Jamás se había entretenido tanto en algo Un super acierto Y tiene hasta sonidos...si me hizo ilusión hasta a mi Jajajaja Siii Las puertas se abren

P906F No vale quitársela al niño para jugar tu

P106F Es que me trae recuerdos Julieta Y luego se pueden ir comprando cositas para añadir

P3306F Nosotros estamos mirando para Reyes Juega tú también, Sofía, a ratitos la comparten.

P106F Pues no fui antes a abrir una puerta y me apartó a un lado Todo concentrado Me meo

P906F Para comérselo Se ve que está disfrutando Súper metido en el juego

P106F ...y para reyes supermercado para Luisillo Con productos bio

P3706F me voy a jugar a tu casa. Lo siento, Ivana. Sofía, me flipa esa cocina. Dani creo que también sería gran fans. Hoy se puso a jugar con la sartén en el salón

P106F creo que Dani sería buen cocinero con Luisillo

P406F A Roberto también le chiflan las cocinas pero me daba vergüenza reconocerlo. En este grupo me siento arropada Jijijiji

7. CONDUCTAS, DESARROLLO EMOCIONAL Y CONTACTO FÍSICO

Las conductas de los niños y las niñas en relación a su desarrollo emocional copan gran parte de las interacciones en el grupo. Se observan en las primeras relaciones de socialización y amistad entre los pequeños. Se habla de las reacciones de carácter que demuestran en las pataletas, los mimos que les proporcionan cariño y seguridad, o la cercanía de transportarlos en el porteo.

a. Reacciones de los niños y las niñas cuando están juntos

Las reuniones entre las personas del grupo provocan encuentros entre los niños y niñas, y son frecuentes los comentarios acerca de su socialización y de cómo se generan afinidades y

P1007B Bianca esta Llorando llamando Juan Ahora ya se ha calmado Y me borro todos los vídeos del wassap buscando ian

P907B Jajajajaja Q linda es x dios

P1007B Siiii xq no estas aquí Q no he desayunado xq solo llora X el vídeo q borro x Juan x no querer vestirse..... Tengo que bajar a comprar pan y parece misión imposible tres

P1007B Bianca una hora llorando esta mañana q desesperacion ya no sabia q hacer. No se ni como nis vestimos y salimos sin peinar ni lavarme la cara ni nada. Ahi se le quito

P1907B Intento n estar mucho cn el,m da una penita...

P3507B No te separes de él por eso Es perfectamente normal.

P1907B Si si. Keria dejar picado todo para hacer una paella mñn. Despues d q se durmiera... pues ni se duerme ni m suelta. Ya lleva mas d uba hora pegado a la teta y cuando se duerma a las mil n tndre ganas ni fuerzas para nada. Y todavia tngp q dobkar ropa!!

P1807B Asi estan todos...

P3307B Esta etapa es así como que intensa...

P1807B Me da un poco de reconocerlo, pero en verdad me hace hasta gracia lo que se enfadan por esas cosas

P3307B A veces da risa, en otros momentos me siento como Homer Simpson cuando estrangula a Bart

P1807B La pobre en plena rabieta y a mi me dan ganas de reirme, pero es que me parece tan tierno que de tan pequeños tengan sus cosas tan claras...

P3307B Pero bueno, con esto se aprende mucho.

P1007B Bianca tp quiere vestidos aveces la conenzo

P807B Aquí menos mal que lo de la ropa le es igual... Últimamente además lo que quiere es estar en pelotas, así que lo que cuesta es vestirlo...

P807B De todos modos nosotros empezamos sobre el año y medio, quizá un poco antes. El punto álgido diría que fue hace un mes... Horrible

P1007B Osea todo puede ir a peor

P807B Y con la fuerza que tiene ahora cógelo Cuco... Se pone todo tieso y tengo que soltarlo porque se me cae

P807B cada pequeño es un mundo y tendremos que afrontar sus malas rachas a los 2, los 3, los 4 y si me apuras hasta la crisis de los 5

P1107B Chicas!!! Cuanta información!!... Se agradece saber que tu peque no es la única que marca el terreno!!!!... , Adriana el tema de la ropa todavía no, si acaso alguna vez el pañal, pero ahora mismo es negación a la trona, sólo quiere comer de pie y además ella sola, aunque la independencia la lleva muy a raja tabla desde los meses!!!... Y los purés, aunque se lo doy bastante entero porque nunca se lo he hecho crema pero esta negada, y lleva una racha de más !!!!tetaaaaaa!!!!... Como dije ella... , la verdad que a mi me gusta que tenga su carácter y que tan pequeña sepa lo que quiere y lo que no, me llama tanto la atención!!!!..., cada etapa lleva su momento, y desde luego me esta enseñando a crecer cada si con ella!!!... [...]Pero también creo que cada niño es un mundo y cada familia es un mundo, no sólo es el peque!!!...

c. Piel con piel, caricias y mimos

Dentro del desarrollo emocional y físico de los niños y niñas, el grupo valora el papel del afecto y del contacto físico para generar un apego seguro. Aparecen las evidencias de las caricias y de los mimos con un valor relajante y curativo, como cuando se aconseja el piel con piel para bajar la fiebre mientras se toma el pecho, aquí relacionado no con la alimentación sino con su capacidad terapéutica. También se menciona el respeto hacia los niños y las niñas cuando no les apetece dar besos o abrazos.

P1007C Ay q si parece q se durmio

P1007C Si ahora mismo nombraba a la prima

P2807C Jejeje, the caricias power

P1207C Jijijiji yo tb me quedaría dormida asi

P1007C Le gusta un monton. Pare y buscaba mi mano Y te dice mas mas

P1807C Si, q ricooo... Cecilia cuando esta muy alterada d caricias nada.... unos pellizcones en la otra teta q flipo hay que cerrarla al publico

P2907C Sigo por aqui contando lo que empece en el otro grupo por error ... Pues resulta que mi churri se paso durante la espera por aqui con mi nene. Y aqui mismo que nos pusimos a tetear y a hacernos mimitos ante el ¿asombro? de esta mami. Pues he de decir que creo todo se pega, porque esa bebecita, cuando despertó, ya no se llevo mas regañinas, sino todos los besos y sonrisas de su mami, y monton de arrumacos... que me da a mi que la mami se sintio un poco culpable... Aunque del carro no la sacan ni por nada ... ayns

P107C Y hemos aprovechado dia para mimitos. Asi que al final ha sido un regalo

P907C Y tú Sofia aprovecha,q los mimitos sientan genial!!!!!!

P107C Ainsss pobre Bianca muchos mimos

P1007C [...] No te separes de el sin necesidad

P2907C [...] y como mas puedes ayudar a tu peque es, no solo alimentandole (cuando mas malitos estan, la teta es lo unico que les apetece y les mantiene alimentados e hidratados) sino haciendole sentir mejor. El mio que ya es mayor (19 meses) no sabes como me busca solo para acurrucarse en mi pecho cuando esta chuchurrio... y yo deseando darle cariñitos

P807C [...] Mucho mimito, mucha teta, paciencia [...]

P2807C De momento mimitos, tetita [...]

d. En brazos

Hay alguna evidencia relacionada con la crítica hacia los modelos tradicionales que afirman que la práctica de tener a los niños y las niñas en brazos puede malcriarles. El grupo responde y ajusta esa práctica dentro de las referencias de crianza natural como algo beneficioso.

P907D Emilia los brazos no es malcriar, eso es una necesidad y un placer!!!!!!!

P2007D Pues a mi niña tampoco la dejo llorar... Siempre cogida

P2007D Yo cuando parí... La familiar de la lado le decía a la mama que no lo cogiera que se acostumbraba... Que lo dejara llorar !!!! Recién nacido!!!!
P607D El mío pequeñín sólo quería brazos y yo encantada [...]

e. Porteo

La práctica del porteo es compartida en el grupo, que habla mucho de cómo colocar a los bebés, de los pesos, del efecto del sueño en los bebés, de los tipos que hay (fular, bandoleras, marcas diferentes con diferentes diseños), de la dificultad de ponérselo y de la negativa de algunos niños y niñas para entrar, dejando a las madres con los porteos sin estrenar. No hay evidencias, más allá del efecto adormecedor, de otros beneficios o razones para el porteo en estos meses analizados.

P607E Alguna sabe hasta cuantos kilos soporta un fular elástico? Yo tengo el boba wrap pero no estoy segura si es hasta 8 kgs

P107E El elástico. Si te refieres tipi boba 6 u 8 kilos. ...luego way pero Pa casa También depende del nudo Si tiene varias capas te aguanta más peso

P607E Ok Lo llevaré a la piscina y te lo enseño

P807E Elástico depende mucho de cual, de las capas como te dice Sofía e incluso de ti. Lo de los kilos es orientativo. Normalmente la gente deja de usar elásticos por el rebote, que es lo que causa problemas (dolores de espalda o incomodidad), pero es cuestión de gustos

P807E Es una maravilla y para ser un semi tiene un pedazo de soporte

P107E Eso es otro cantar!

P1007E Uy fular ojala se dejara, gracias q a veces se deja potear con emei

P107E Luisillo aun se deja por lo menos para dormir le encanta

P807E Renata a esas edades o el fular les es muy familiar y a ti también o es imposible

P807E Alberto lleva unas dos semanas y algo de huelga de porteo

8. DESCANSO, SUEÑO Y COLECHO

Un tema central en la crianza es el descanso de los niños y niñas y de su repercusión en el resto de la familia. El tiempo dedicado a la siesta, el colecho, las rutinas y dificultades para dormir a los niños y las niñas, los desvelos y la adaptación de las cunas al mobiliario del dormitorio son los temas que centran las evidencias de este apartado.

a. La siesta

El descanso de los niños y las niñas es también el descanso de los padres y las madres, tanto por ver que los bebés se reponen de su actividad, como por reponer ellos mismos fuerzas. En ese sentido aparecen comentarios de "malamadre" por no dejar dormir demasiado la siesta previendo dificultades para el descanso nocturno. Hay intercambio de las horas de sueño de cada bebé, y preocupación acerca de lo que puede ser normal.

P1808A hoy no ha dormido ni una siesta desde las 10 que se despertó

P1208A Ya se despertó mi pizco de risas y fiestas

P1708A Por aquí también con síndrome sábado... Demasiada siesta

P1908A acabo d dormirlo x fin!!!

P1008A Siesta????? Eso existe????

P808A Esas noches!!! Aish!! Ánimo linda, a siestear juntos para recuperar luego Yo estoy teniendo tentaciones de malamadre... El chiqui está de siesta y estoy considerando despertarlo

P108A A ver si se duerme Porque no paraaaaa

P2108A Pues yo me quejaba porque cuando se hecha la siesta trinca la teta y de ahí no sr se mueve ni dios kijijiju

P2108A Pero nada, a mí me despierta prontito

P1008A Las siestas primero eran en brazos

P1008A [...] El enano si no duerme siesta no es persona [...]

P2808A Hora y pico de siesta matutina... Lograré salir de casa?? [Imagen]

P1208A Que agustito se la ve

P2808A Si al jefe no le corriera x sus venas, me echaba sin dudarlo... Q horas dios mío

P208A Tranquila Renata t diría q pasa..pero en mi caso no,Josefina tiene 4 años y se q 15min d siesta a mediodía significa q estaremos despiertos casi seguro hasta las 2 d la mañana

P3308A [...] De hecho, nos ha pasado que no ha dormido siesta en todo el día y ha estado dándolo todo hasta la 1[...]

P2908A Joer el mio es un bicho raro entonces. Se pega unas siestas de 2-3 horas como dios [...]

P2908A Ahora... el dia que no echa siesta porque estamos fuera a mi me dan los choques!!! A las 6 ya se esta transformando en un niño diabólico el pobre

P3708A [...] Dani ha dormido una siesta larga. Miedo tengo [...]

b. El colecho

La práctica del colecho genera momentos de satisfacción para el grupo por compartir un momento de acercamiento en prácticas compartidas. Algunas evidencias apuntan hacia la incompreensión de este acto por parte de la familia, aunque hay alguna evidencia de abuelas que intentan imitarlo como hecho simbólico de aceptación de la práctica. Otras evidencias se quedan en la anécdota de ver cómo los pequeños se apropian del espacio de los mayores.

P18E Yo acabo de levantarme! Desde las 9 despierta en la cama sin poder moverme!!! [...]

P1008B [...] pero estoy tan a gustito con ella acostada

P1908B Aprovecha

P908B Q bien Renata !!, La gente casi nunca nos comprende

P2808B Aprovecha para descansar yesi[...]

P908B Y no te nuevas de donde estás, estos momentos no se repiten[...]

P1908B Si n,n disfrutams dl niño

P1008B Cuna??? Eso que es? Luego conmigo en la cama Y ahora conmigo en el sofá

P808B Ocupación de cama de 1,80x2,00 por un bebé de noventa y pico centímetros [Imagen]

P808B No ocupó más porque no tenía cuerpo para hacerlo

P1208B Jajajajajaja. Y si pones una cama de tres tb se les hace poco

P1008B Así tb me encuentro a Bianca

P908B Daniela nuestra cama mide lo mismo y nosotros acabamos en los filos . Como te entiendo!!!!

P108B como te entendemos x aqui tb. Buenono se si Reir o

P1808B Ayer dormi con la mitad del cuerpo encajonado en la cuna... pero levantarte viendo esto no tiene precio... [Imagen]

P108B Aqui esta roncando

P708B Raico tb, sólo se despierta cuando Raico Jr está en medio y se equivoca de lado

c. Rutinas a la hora de dormir

El momento de coger el sueño, de generar rutinas para que los bebés se duerman es motivo para que el grupo se lance a dar recetas y a compartir las dificultades de dormir a niños y niñas con diversos niveles de energía, a menudo altos para sus madres y padres. Afloran las anécdotas, las quejas con sentido del humor del cansancio, y el intercambio de horarios y de duraciones del sueño relacionadas con la actividad que les espera cuando despierten.

P108Canoche buffff...Luisillo tomó el control

P108C No se como tiene tantas pilasssss, Estoy reventada. Jajajajajajajajaj

P108C Y el como una moto Ainsss muertita

P908C Juan ya está trancao

P408C Q envidia!! Roberto también quiere marcha!!

P408C Ay Señor, dónde estas cuando sé te necesita Jajaja

P1808C Natalia otra... sigue de marcha [...]

P1808C [...] al llegar bañito, y en breve a la cama que estamos agotadas las dos

P808C No se durmió en el coche pero fue llegar a casa, cambiarlo y me dijo cama...

Más claro el agua

P208C Sólo durmió 15 min

P1008C Rendida!! [Imagen]

P1208C Igual x aqui

P1008C [...] El problema es dormirla, se trae el zoológico a la cama y no para q si oso foca gatito dinosaurio conejo.... Besitos a todos y dormir nada

P808C Quieren escuchar una verdad sobre el tema de la hora de irse a dormir o prefieren vivir en la ignorancia? Sólo les digo que aprovechen mientras se duermen con una nana... O con la teta... El futuro es más incierto....

P3308C Hoy estoy temblando, se durmió ayer a las 9 menos algo y se despertó hoy a las 11 y media. Algo inaudito e inexplicable... A ver cómo va la cosa hoy

P2908C [...] y por la noche como si nada... eso si, de 7 a 9 hay que agotarlo jajaja... y despues de la cena y el baño, juega a tope hasta las 11 aprox. Pero luego duerme hasta las 9 de un tirón.

P3708C [...] Últimamente hemos cogido la costumbre de jugar un poco en la cama antes de dormir con las luces flojitas, para "gastarle la batería". [...]

P3608C Yo ya no se q es un sueño profundo y reparador! Y dormir toda la noche me parece tan lejano!!! [...] y dormir la mañana después de una guardia

P1108C P11 Ver "Hora de Canciones de Cuna del Mundo en Español Lullabies Para Dormir y relajar en YouTube [...]. Pero entre estas nanas y la sesión de piscina de esta tarde Adriana acaba de caer redonda!!!... Estoy que no me lo creo, antes de las . nunca!!!.... A ver sino se despierta luego!!!... Jajaja...

d. Desvelos o interrupciones del sueño

El sueño inestable e imprevisible de los niños y las niñas es motivo de algunos comentarios en los que se recogen desvelos y que incluyen nuevas modalidades de coger el sueño, como hacerlo sin el pecho, como suelen acostumar.

P108D Esperando en coche que Luisillo se quedo frito. Para cuando despierte sacarlo al parque

P1808D Natalia durmió todo el camino de vuelta! [...]

P2808D Jijiji, la morena tb vino sopa todo el camino

P2808D Y se despierta x la noche q no para de rascarse

P1908D [...] encima llevo ds noches enteras zsin dormir

P808D Es como el paraíso esto para él Tuvimos hasta nuestra primera noche dormida entera sin teta que casi lloro de la emoción

P808D Pasándome a mi por encima... Vaya telita de noches que llevamos últimamente. Anoche a las tres y pico... Abua, pannnnn, omé peseeeeee, lletaaaa... Todo eso quería a esa hora

P1008D Bianca cuando se despierta o no puede dormir recita de todo, mama papa adiós no esta miauu guaw guau, pepa pig.... Todo eso sin respirar

P1008D anoche Bianca se levantó de la cama y apareció en el salón fue la primera vez

P2908D Que bien! pero a la vez que penita, no??

P1008D Sii parece que se hace mayor [...] Por otro lado la tranquilidad de desprtarse y no llorar y saber que estábamos ahí

e. La cuna y la adaptación del mobiliario

Las cunas y el mobiliario adaptado son motivo de consulta y tema de intercambio. Las camas en el suelo, la protección lateral, los modelos de camas y cunas adaptables e integrables en la cama convencional, así como el poco uso que se le da a la cuna por parte de las personas del grupo que hacen colecho, centran las evidencias de este apartado.

P1708E Tema cama!! Vi!! Que tienes de valla en la cama?? Cuánto mide de alto??

P808E Catalina la cama está en el suelo! No hay nada. Eso que se ve son unos almohadones de contención para no recogerlo en el suelo con mucha frecuencia

P1708E La mia tb En el suelo

P208E M uno a esas camas en el suelo

P1708E Mira barato y comodo Y sin peligro Jajajajajajajajaj

P1008E Nosotros en alto pero rodeada de colchones

P808E Aaah eso es la cuna trastero Mis suegros nos regalaron una cuna colecho que no se ha usado nunca. No tiene ni sábanas. Y hace de barrera y objetos perdidos

P108E Yo quite mi cuna trastero hace poco

P808E A mi me es muy útil por el momento. Ya la quitaré cuando se emancipe

P2808E Yo tb tengo cuna trastero! Jajaja,

P1008E Yo tengo cuna pegada a cama, tiene varias funciones

P1008E barandilla cuando a la loquita le da x rodar x la cama sea despierta o dormida, si es dormida y rueda y se queda dentro

P408E Me consuela no ser la única q perdió su mesilla Jajaja Jajaja

P2808E Bufff, creo q somos la mayoría

P1408E Una amiga con un bebé de pocos días busca una cuna o minicuna en la que uno de los laterales se pueda desmontar para pegarla a su cama. Está cansadísima de levantarse cada poco rato en la noche para llevar y traer al bebé. Su cama no es muy ancha y su pareja tiene el sueño muy pesado, así q tampoco se atreve a ponerlo en la cama con ella. Alguien tiene una q no necesite o sabe de una tal q puedan llegar a un acuerdo o prestársela?? Gracias!!

9. LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna ocupa, mezclada con otros temas limítrofes como la alimentación, la prolongación de la lactancia y la introducción progresiva de alimentos, un gran interés y apoyo en las interacciones, dadas las circunstancias no siempre fáciles de desarrollarla por parecer que más que una práctica natural es un ejercicio de resistencia o de activismo por parte de las madres que comprueban la naturalidad con la que el pecho forma parte de la vida cotidiana de sus hijos e hijas. Es frecuente el apoyo bibliográfico y científico que las madres comparten para fortalecerse en la práctica de la lactancia.

a. Lactancia materna exclusiva

El grupo fortalece a las madres en esta práctica mediante el apoyo moral y de lecturas e información para neutralizar las influencias contrarias. En el grupo, la lactancia exclusiva aparece constantemente unido a una actitud que hay que justificar y defender incluso delante de los pediatras por el miedo a la desnutrición y niveles bajos de hierro en los análisis mientras los bebés juegan a darle el pecho a sus muñecos e incluso le dan de comer a la teta como si fuera un ser independiente.

P2109A Gracias Ivana, de verdad. Esto parece una lucha yo digo una cosa, ella otra.... Ufff

P3309A ¡Ánimo! Sigo buscando cosillas y te las paso.

P709A Tiene hijos tu cuñada?

P2109A Si, una niña de once años Educada de forma convencional y alimentada a biberon porque era tan grande que con leche materna no tenia suficiente

P3509A <http://m.bebesymas.com/lactancia/el-papel-del-padre-en-la-lactancia>

P709A Me ha encantado lo del apoyo del padre, se lo voy a reenviar a mi marido que a su madre no hay quien la toque

P3309A Te entiendo... Por cierto, no encuentro nada en el libro de "Un regalo para toda la vida" (más conocido en casa como el "Libro de la tetaaaaaaa"). Espero que lo que te hemos ido mandando te ayude.

P2109A Sí sí muchísimas gracias Yo tengo ese libro, releído

P3309A Ríete, di que tú teta es la "fórmula" para que tus peques estén llenitos y tranquilitos

P1209A En todos lados siempre hay quien critique

P3309A Y ya sabes, ante la duda o las bajonas, aquí estamos todos para apoyarnos

P1209A Muchas gracias a todas

P709A Cuantos más bebés reciban el regalo de la lactancia mejor

P1009A Eso sí, cerca de la teta para que mame a poquitos siempre que quiera para mantenerle hidratado

P1909A Si claro.

P1009A Mucha tetita

P1209A pero su tu estas con el pecho no se si te servira de algo

P1809A Ella aun toma teta

P2709A como le das leche materna a lo mejor te funciona

P3309A Prefiere teta sobre todas las cosas

P1009A Sobre todo no quites la teta!!!!

P2109A [...] mientras siga queriendo teta [...]

P1909A [...] Cuando se dspiertr voy a darle la teta

P1709A Y por ahora sólo teta

P1709A [...] Dando teta

P809A Llevo como una hora y pico con el bebé en la teta. Me va a chiflar!!!

b. Prolongación de la lactancia

La prolongación de la lactancia es un tema que complementa el anterior de la lactancia exclusiva, y las evidencias en el grupo se centran en destacar la "afición" natural de los niños y niñas lactantes por seguir enganchados al pecho, la poca motivación inicial por los alimentos, y la actitud formativa del grupo en compartir información científica para tranquilizar a las madres preocupadas.

P1709B [...] No se decanta por nada... Bueno si por la teta. Y así vamos...

P1009B Esta comiendo teta sin soltar los cuantos

P1009B Bianca pidiéndole teta a la abuela Le sube la blusa

P909B Juan va metiéndole la mano a todas las mujeres de la familia en el escote

P3509B <http://m.bebesymas.com/lactancia/por-que-se-aconseja-lactancia-materna-hasta-los-dos-anos-o-mas>

P3309B Te destaco esta parte de este artículo que comparto ahora «Otra expresión muy común es que “los niños mayores que toman teta lo hacen por vicio”. Esto también resulta completamente falso, ya que el cuerpo de la madre adapta la composición de la leche a la demanda de su cría. Algunos estudios señalan que la leche de madres que llevan lactando más de un año tiene un mayor contenido en grasas y es más energética en general. Así, aunque el niño tome menos cantidad, la leche materna sigue haciendo una aportación significativa a la ingesta total diaria del niño. De hecho, durante el segundo año de vida (12–23 meses), 448 ml de leche materna aportan

–29% del requerimiento energético

–43% del requerimiento proteico

–36% del requerimiento de calcio

–75% del requerimiento de vitamina A

–76% del requerimiento de ácido fólico

–94% del requerimiento de vitamina B12

–60% del requerimiento de vitamina C

Un aspecto a destacar es que, dado el alto contenido calórico que tiene la leche, no tiene ningún sentido, desde el punto de vista profesional, recomendar el destete (ni total, ni parcial, es decir eliminando algunas tomas de leche) a un bebé o niño por el hecho de ser “mal-comedor” o “poner poco peso”. Pues como es lógico, si dicho niño reduce el aporte de grasa eliminando tomas de leche, y lo sustituye por alimentos menos calóricos como verduras o frutas, es probable que adelgace.» Lactancia Materna ¿Prolongada?

P3509B De nada Lara, ojalá te sirvan de algo.

c. Dificultad amamantando

Las evidencias en este tema recogen las circunstancias complicadas que han obligado a suspender la lactancia a algunas madres del grupo en algunos casos mal influenciadas por

presiones externas. Hay también preocupación por la influencia de la medicación y las anestесias para los bebés. Se recibe asesoramiento técnico por parte de una de las profesionales sanitarias del grupo y también un caso que alerta al grupo y lo activa para apoyar a una madre con la extracción de la leche materna para dársela al bebé cuando se reintegre al trabajo tras el permiso de maternidad.

P1009C Además no se lo que pretenden, ya te jodieron la lactancia [...]

P709C Me operan el martes de las amígdalas con anestesia general Alguien sabe cuánto tiempo tarda en eliminarse la anestesia de la leche materna?

P3309C No tengo ni idea, Julieta. A lo mejor puedes escribir una consulta a la gente de e-lactancia, no tardan mucho en responder. Y como son pediatras, te quedas bastante tranquila.

P709C Pone 12h la que tarda más en eliminarse

P1009C Yo también consultaría en e-lactancia. Aunque creo que desde que tu despiertas ya no te hace efecto a ti y sería raro q hiciera efecto en el bb.

P809C Julieta, desde que despiertes puedes dar teta, La anestesia se elimina súper rápido

P2009C Depende con lo que te seden... Puedes tardar horas en eliminar... Siendo anestesia general es sedación [midazolam o propofol] y relajación [nimbox o fentanest] de 6-8 horas creo... Si me das tiempo te lo confirmo.

P1509C Aún así, muchos de los fármacos q se utiliza en la anestesia no es preciso esperar a ser eliminados porq no implican riesgo para la lactancia. [fentanest, mioflex, propofol...] puedes verificarlo en la página de e-lactancia!

P809C Exacto

P1209C A Nereida no le gustaba la leche materna en el bibe Le daban arcadas La leche de farmacia si se la bebía sin problema en el biberón Debe ser que asociaba cada sabor con el bibe o el pecho

P1509C Eso es una huelga de leche. Hay muchos bebés q lo hacen, esperan a que llegue su tetita y luego no se despegan...

P3909C Sí Valeria, eso es exactamente lo que está haciendo. Pero es malo estar tanto tiempo Sin comer?

P3509C Yo esperaría unos días y seguiría ofreciendo el bibe con tetina calma en tu ausencia. Porque además hay calor y los bebés tienen que estar hidratados.

P2809C Buenos días a todas! Como ves, Alex , es muy normal lo q te esta pasando. Laurita tampoco quiso bibe cuando empece a trabajar. Mi madre le daba mi leche con paciencia y una cucharita.

P3909C Gracias chicas, la verdad que estoy más relajada, hoy probaré con la cuchara y a ver... Paciencia, mucha paciencia chino la que tiene él

P2909C Alex , supongo que no se lo das tu... es imposible que a ti te acepte algo que no sea la teta... se lo aceptará a otros y a regañadientes. Vamos, yo hasta tenia que irme de la habitación

d. Leche de fórmula y biberón

La leche de fórmula recibe algunos comentarios relacionados con las calorías y con el tema de ser un refuerzo a la alimentación complementaria. Son muy pocas las evidencias en las que se menciona el biberón, quizá por tratarse de un grupo que no realiza esa práctica, pero tampoco la critica en una actitud respetuosa.

P1009D De esa ya le diste y le iba mal

P609D La leche materna tiene prácticamente las mismas calorías q la maternizada El bibe no engorda más q la teta el bebé toma lo mismo q si fuera el pecho Lo q hace q engorde son todos los cereales q van dentro del bibe

P1209D Además no le doy el pecho sino leche de farmacia por desgracia y no tiene nada que ver

P1209D lo de ella era x la leche de farmacia

P3009D Así que le preparo un bibe por si prefiere leche y se lo toma entero Y terminamos por darle biberón. Hay alguna mama como yo?

P3309D La estás alimentando con el biberón, así que hambre no pasa.

P3009D Esta bien que le de biberón como refuerzo de la AC? A veces cuando la veo muy alterada, le doy algo de biberón antes de comer, pues leí que la leche (independientemente de si es maternal o artificial) no se debe dar de postre porque sigue siendo la alimentación básica de los bebés [...]

P3009D Pero a eso me contesta: y después de todo esto, le doy un biberón????

P1509D [...] ...Susana no toma bibe.

10. DECISIONES DE LOS NUEVOS PADRES Y MADRES

La transición vital a la maternidad y a la paternidad expone a los padres y las madres a situaciones nuevas que conllevarán la toma de decisiones relacionadas con el ámbito personal, de pareja y de familia así como las propiamente relacionadas con el bebé, el niño o la niña. A estas últimas se refieren las evidencias de este apartado en el que afloran cuestiones relacionadas con la colocación de los pendientes, la búsqueda de un segundo hijo o hija y la incorporación al trabajo.

El primer aspecto se relaciona con el respeto al cuerpo del bebé, la no diferenciación de sexos en base a complementos estéticos, el conocimiento de recomendaciones de la acupuntura o de posibles alergias a metales. La comunicación de los segundos embarazos provoca felicitaciones en el grupo a la vez que lleva a otras familias a plantearse y compartir sus reflexiones sobre la búsqueda de un segundo hijo o hija y los tiempos adecuados. En último lugar la incorporación al trabajo intenta retrasarse lo máximo posible en este grupo pero existen diferentes circunstancias personales que hacen que una vez llegado el momento afloren sentimientos de tristeza. También se comparte la dificultad para mantener prácticas

habituales como el contacto físico continuado con el bebé y la lactancia materna y las emociones que todo ello genera en las madres.

a. Pendientes si, pendientes no

Un aspecto que genera reflexiones en el grupo es el debate de si poner a los bebés pendientes. Este asunto tiene dos dimensiones: una ética, relacionada con tomar decisiones sobre el cuerpo de otra persona, y otra médica, relacionada por un lado con el conocimiento que el grupo tiene de que hay puntos de acupuntura en los lóbulos cuya alteración puede generar problemas y por otro con las alergias que provocan ciertos metales.

Es interesante el reconocimiento de algunas personas sobre cómo se han visto cambiar de opinión y decisión respecto a este tema al ser madres.

P2710A Que opinan de ponerle zarcillos a un bebe niña? Yo es k me he propuesto hoy como ultimo dia de plazo para hacerle los agujeros o no...

P2710A ...La verdad es k no me apetece mucho...

P2710A ...y necesito opiniones asi k si no les importa opinen y muchas gracias!!!

P1710A Amnio!! Agustina, es una decisión super personal Yo antes del embarazo veía super normal hacerles los agujeros, recién nacidas porque no se "enteraban" o se olvidan Ya ven el nivelazo empático Que me gustaba.....Pero luego cambió el cuento, de haber tenido una niña, no se los hubiera hecho Es decir... Cuando la niña pregunta y/o pide pendientes, se le explica que hay que hacer agujerito para colocar pendientes y se le pregunta si quiere Y se puede hacer como un paso a niña mayor, Mamá e hija o también con el Papá... Ir a elegir pendientes, ir a que se le haga el agujero todos... En el Facebook de Azaral está el debate y una Mamá así lo cuenta Es la opción más consciente para mi manera de pensar actual Hacer participe a la pequeña de todo y que la decisión parta de su deseo Lo único que comentan dos enfermeras en el hilo, que mejor hacer el agujero con aguja, evitar pistolas y otra enfermera comenta que está estudiando acupuntura y como la oreja tiene todos los puntos terapéuticos, ella recomienda que quien realice la punción, sea conocedor de esto para que el agujero no toque ningún punto sensible [...]. Igual puedes preguntarle si conoce a alguien... Pero esto es lo que pienso yo ahora.... Tus pros y contras cuáles son Agustina, porque eso es lo que importa

P710A También debes sopesar el exponer al bebé a un contacto continuo a metales desde tan pequeña

P2010A Según dónde los pongas se ponen sin niquel

P710A Cada vez hay más alergias, yo he visto reacciones a pearcings con pendientes de acero quirúrgico y tener que cambiarlos x titanio

P1710A Julieta! No había pensado tema alergias.. Es cierto!

P2710A Yo creo k no se los voy a poner por lo mismo. si te cuento lo k pensaba Al principio del embarazo....nadita k ver como lo estoy haciendo y me gusta mas de esta forma te lo aseguro.

P1810A ...Vamos, hasta con los pendientes comprados que se han quedado ahí muertos del asco. Al principio tenía muchas dudas, pero ahora cada vez mas contenta con no haberselos puesto.

b. Un segundo hijo/a

Hay varios momentos en los que las madres del grupo comunican un nuevo embarazo, lo que provoca simultáneamente reacciones de felicidad por la embarazada y proyección personal en la situación. Se tocan los temas de la diferencia de edad entre hermanos, la mentalización para poder recibir un nuevo ser a la familia, y en tono de broma, el efecto fecundador de la piscina a la que todas acuden.

El tono ambivalente resume bien cómo viven las madres la crianza, con una mezcla indisociable de dificultad, alegría vital, cansancio y amor.

P410B Próximo ????? Otra valiente como Gabriela Jajaja

P1010B Siiii

P1810B Chicas! A partir de ahora llevare a dos bebes al agua! . Estoy embarazada!!!

P1910B Felicidades! Q pokita diferencia

P1810B Ya... ando contenta pero tambien un poco acojonada

P810B Enhorabuena!!! Puff a mi me da un algo. Ni me veo preparada yo ni al chiqui para ser hermano mayor

P1810B Yo es que como ahora estoy en paro... y no hay mal que por bien no venga. Aprovecho para cuidar a los peques

P810B Claro, siendo así es buena estrategia

P810B [...] así que me dices de otro y me da una lipotimia

P810B Y los adoro, y quiero volver a ser madre, pero no todavía

P1010B Yo tb quiero, pero no se cuando . Un hermanit@ para terremotillo

P1910B Yo tb keria y prontito! Pero ahora e cuento ha cambiado un poco

P1210B [...] Yo pensaba tb traer otro en un añito por ahí pero hoy cuidando de mi hija y su primo que se llevan nueve meses me lo pensé seriamente...Creo que como unos diez o quince años

P310B Muchísimas felicidades, supongo q era ahora o nunca. A mi tb me daría algo si me quedara de nuevo embarazada, pero mi niño es mucho más chico. Muchísima suerte

P210B Buenos días!! Muchas felicidades a los seis!!! El poliamor es a veces duro pero recompensa con creces..los míos se llevan años y meses (venga y días justos)

P110B n lo digas ni en broma q yo estoy ,acojona... q n m baja la regla y ya llevo mas d dias h nunca se m ha retrasado tanto. A mi si q m da algo! N estoy preparada. D hecho en mi mente q he ido postoniendo el momento bueno,q se llevaran ds años,ahora q se llven tres,pero eso es kedarme embarazada el año q viene . Creo q n voy a poder!

P810B Yo la verdad hasta hace bien poco no veía a Alberto preparado para lo que supone tener otro, pero últimamente ha dado muchos cambios... Lo que no quiere decir que me anime, porque hay también otras cosas... Pero yo prefiero no planificar tanto en plan quiero que se lleven X, sino ver el momento en el que todos en la familia estemos preparados. Que por el momento no es ahora.... Ya se verá

P1910B Si esa es otra. A prorio habiams dicho ir a buscarlo cn ek año y pico y ahora es cm...ni d coña,yo este año n m kedo embarazada ,marcos psicologicamente

tampoco esra preparado y creo q lo q mas m preocupa es q Alberto si q n ezta preparado. Sigue necesitandome mucho mucho y yo kiero estar ahi para el cn tosdas mis fuerzas ademas. Yo tuve un mal embarazo y m daria miedo tendr otro igual xq cm le daria al niño todo lo q necesita ? En fin ,cada cual a su monento. N es el momento d mi familia tampoco

P3610B Buenos días! Yo también estoy embarazada semanas ya! Se llevará menos de dos años con Miguel . Estamos muy ilusionados con el nuevo reto ! Cuidado q debe ser contagioso . Felicidades a las futuras mamás

P910B Buenos días Mi marido dice lo mismo q Javier Jajajaja Q corra un poco el aire chic@s

P210B Jajajaja estaba pensando lo mismo Javier yo no quiero ser familia numerosi

P1110B Madre mía!!! Como crecemos en esta comunidad!!!!.... Muchas felicidades chicas!!!! Mis mejores deseos para esta segunda etapa!!!!.... Y mucho animo por lo que implica, pero siendo maternidades tan conscientes seguro que será muy bonito y disfrutado!!!!... Nosotros de momento esperamos que el virus se mantenga bien alejado!!!!... !!!

c. La incorporación al trabajo

El momento de dejar a los bebés para empezar a trabajar es especialmente difícil a tenor de las evidencias que indican voluntad de retrasar el momento lo más posible, y para las que no han podido, sentimientos de echar de menos a los bebés. Se refieren esfuerzos para poder mantener costumbres y prácticas previas a pesar de la escasez de tiempo, como dar el pecho y estar cerca del bebé, tras la incorporación al trabajo.

P710C A mi me ha pasado igual, no hago más que retrasar el volver a currar y yo era de las que decía que enseguida me incorporaría

P1810C Yo otra igual.

P810C cuando consiga ampliar las horas del día. Cuando el peque era más chiqui algo podía. Ahora imposible

P610C Hola! Q envidia me dais! Yo currando

P110C Ainsss Yo tb Aunque no lo parezca! Pues no se como hacer para currar algo hoy Pero seguro que el tiempo que le dedicas es de calidad

P610C Eso si!

P110C Y ya dije que no podia ser, Ahora siempre de tarde o sábados mañana

P2110C Y ahora currando, deseando terminar para estar con mi nene

P1010C Te digo que de muchas cosas antes opinaba lo contrario. Pero descubrí otra forma, estuve abierta a aprender y a cambiar de idea...No todos son capaces

P1010C Bueno al menos se supone q me librare de las noches. Las q hacen noches una pregunta, le ha costado q los babys duerman sin mama y sin teta???

P1910C Ufff la pregunta dl millon... M interesa

P1910C Yo tengo que ponerme no disponible para noches xq si coincidimos Raico y yo no tenemos con quien dejar al peque

P1010C Yo no hago x salud laboral Pero nunca se sabe.....

P3610C Si que cuesta y muchísimo. Alberto estuvo llevándome al niño un mes al trabajo pq la toma de las 12 de la noche sin teta era horrible y eso q le damos mi leche en el bibe. Ahora ya lo lleva mejor

P3610C Se van adaptando pero nos cuesta muchísimo a todos. Yo los primeros días iba llorando a trabajar

11. ALIMENTACIÓN

En esta categoría se recogen evidencias de uno de los aspectos que más interacciones generan en el grupo. La circunstancia de haber recibido una gran parte del grupo una formación por un nutricionista provoca que el grupo haga constantes referencias a lo aprendido en esta formación en el intento de reorientar su dieta hacia una alimentación sana y equilibrada. De este modo se habla de alimentos equilibrados y dietas especiales, productos ecológicos, composición de los alimentos, compartiendo información sobre los hábitos en la cocina, recetas y consejos de cocina, tendencias preocupantes y restricciones, alergias y lácteos.

a. Alimentación equilibrada

El grupo comparte la evolución en los aprendizajes sobre nutrición sana y equilibrada a la que han asistido en los cursos impartidos por el nutricionista apoyados con otras referencias. Se observan los esfuerzos y compromisos para mejorar la propia alimentación compartiéndola progresivamente con los niños y las niñas, tanto en la eliminación de azúcares, lácteos, proteína animal y excesos de sales como en la incorporación de nuevas recetas con ingredientes novedosos: azukis, tempe, seitán, tahin, semillas, arroces y cereales integrales como la espelta.

El tono de humor ayuda a vencer las resistencias ante el abandono de ciertos productos y a soportar la dureza de algunas dietas favorecedoras de mejores estados de ánimo y de salud general. Como muestra de la lucha interna en este aspecto, y como contrapunto a las informaciones más serias y responsables, están también las que surgen cuando el contexto cambia, y se habla de asaderos o de los productos menos saludables que van a llevar de comida a algún encuentro o excursión.

P111A Renata ! Espero sea de espelta y solo dos verdura! !! [Imagen de pizza]

P1011A Champis y pimiento vale??, Tb tiene tomate

P111A Te lo aceptamos como animan de compañía. ..no más

*P111A Pues me las invente sobre la marcha intentando que fuese equilibrado como dice Diego D. ...cereal, proteins y verdura....qué plasta estoy con el Diego D. !
!!!...pero estamos Comiendo mejor y Luisillo tb*

P1811A Chicas yo q hasta ahora no llevo una dieta tan natural como veo q si hacen ustedes me ronda mucho x la cabeza la comida q llevaré al encuentro

P2811A Más tranquila me quedo siendo así Yo tb soy de buena boca

P111A Yo creo que tendremos exposicion de tortillas

P1711A Y después de la charla del sábado... Javier está muy motivado para dar el gran salto.. Quitarse el chocolate entre semana!

P1011A Bueno hoy vamos a desayunar Crema de arroz

P3111A Pero poco a poco. Y les recomiendo q lo hagan introduciendo cosas q les gusten..q comer sano no es una tortura. Igual lo del pan integral te va mejor Renata

P1811A Yo lo siento pero soy incapaz de tomarme eso... de momento zumo de naranja y pan de cereales con aceite y tomate. Próximo paso: pan hecho en casa

P711A Nosotros seguimos la dieta de Hiromi Shinya, no comemos lácteos ni carne y todo integral y lo que podemos eco, 85% origen vegetal y 15% origen animal [sobre todo pescado y mi marido algún huevo] [...]

P2711A pq no pruebas con desayunar tu leche de arroz con copos de avena integral?

P411A Y tenemos q darnos prisa antes d q nuestros hijos se den cuenta y nos imiten

P2111A Diego D. sabrá mucho pero cada cual que coja lo que se amolde mejor a sus gustos.[...]

P2111A Sí pero él sólo las aconseja entre horas

P1011A Yo le pongo a las ensaladas, Con verduras me veo limitadas

P1811A Yo es que no estoy en el curso de Diego D. , pero fruta yo a cualquier hora y la veo sanisima...

P1011A No si el no dice q no, Solo q desaconseja plátano aguacate y tropicales.....Y q con la comida no que entre horas

P2911A Mamis, que razon dio Diego D. para desaconsejar el platano o el aguacate? Me mataron

P411A En exceso Ara. Q no cunda el pánico!!! Jajaja

P711A Nosotros seguimos la dieta de Hiromi Shinya y dice en sus libros que sigamos sus consejos de alimentación pero que si de vez en cuando comes algo fuera de lo recomendado no te flageles x ello que también es muy importante sentirse bien y ser feliz

P811A Me cae bien el Hiromi Shinya este. Buena gente

P4311A No me metan en más líos q en mi trabajo soy el rarito. .. Comida ecológica, porteo, voy en bici a trabajar cuando puedo, no me gusta denunciar, hago yoga...alguien ha visto a un guardia civil así? ??

P3311A ¡Eres innovador, Javier!

P1811A Te falta dar tu la teta

P711A Javier, solo te falta hacerte vegetariano y ya te crucifican Julia nosotros haremos una empanada para el sábado, así ya puedes cambiar de menu

P3711A Mejor, hazte vegano, dicen que tienen superpoderes.

P1811A Te las dejo toooodas a ti, yo no hago otra en un mes tengo q pensar algo para llevar...

P3311A Yo no sé si hacer mini hamburguesas de lentejas y arroz con confitura de tomate... O hacer algo insano
P3711A Insano, por favor.

b. Productos ecológicos

Se recogen en este apartado las alusiones al consumo de productos ecológicos y no procesados, y al grupo de autoconsumo que organiza una madre, en las que son frecuentes los problemas asociados a su organización inicial: dificultad de provisión y antelación de precios.

En ocasiones es difícil separar de las conversaciones las alusiones al producto ecológico del producto integral y sano, dado que para las personas del grupo ambas son categorías con connotaciones positivas y deseables, lo cual genera muchas dudas en algunos productos sanos y ecológicos como la soja, poco recomendable en crudo.

Es llamativa la cantidad de evidencias, de las que aquí se recoge tan solo una muestra, dedicadas al grupo de autoconsumo, en las que las conversaciones giran en torno a horas y puntos de entrega, calidad y variedad de oferta e intercambio de correos electrónicos para seguir los envíos.

P1711B el verdadero sabor de los alimentos sencillos está cayendo en el olvido, El cuerpo espera alimentos para nutrirse, No escombros que tener que procesar

P1711B Si haces un global de cesta de compra sin postres lácteos, bollería, refrescos, café, te, embutidos, preparados congelados, papás fritas,... Pues resulta que nos gastamos muchísimo dinero en cosas que no nos alimentan. Mi experiencia es esa... Pero aún tenemos mucho que aprender y probar. Coge la última lista de la compra y mira lo que gastasteis en comida procesada

P1811B Claro, lo que el me contaba [que yo nonlo he leído] es que es cierto que no le ponen pesticidas por ejemplo, pero para controlar plagas si se usan otro tipo de productos como el sulfato de cobre o azufre, y que también serían nocivos para la salud. Y que a la hora de comprar un producto eco o normal, al final no está demostrado que uno sea más sano...Yo no sé si es verdad o hasta que punto merece la pena entonces realmente gastar en un producto u otro.. por eso, que toda la información es bienvenida

P1811B Ahora como dices estamos en proceso de eliminar porquerías de cesta de la compra...

P1111B Por si no lo saben a los peques menores de tres años no se les debe dar soja... Ya no por ser transgénica sino por el tema de fitoestrogenos, hablando con una compañera estuvimos comentando los efectos, hay varios pero a destacar en niños problemas de esterilidad y en las niñas una pubertad precoz... Con lo cual, la soja con moderación... Mi compañera me pasa información, desde que la tenga la paso...

P3311B Gracias por la información, Gabriela. No sabía lo de la soja, aunque tampoco le he dado nada de soja al peque. Cuánto se aprende en los grupos estos

P1911B Dsd luego. N sabia lo d la soja pero algo m decia q n debia darsela

P1711B Soja no Para nosotras tampoco es recomendable Engaña el feedback del cuerpo Puede hacer inhibir la producción propia
P1111B P11 Si, por supuesto!! . Soja y Tofu!!! Si
P1711B P17 Desencadenan problemas tiroideos
P3511B P35 Catalina, te refieres a la soja?
P1711B P17 Si, a la soja Estoy operada de tiroides
P3511B P35 Y el tofu también entonces?
P1711B P17 No tanto, el problema es la soja cruda

P711B [...] Dónde soléis comprar los productos eco?
P1811B [...] la pasta y arroz en el super. Verdura la compro eco si paso por algun sitio donde la vendan. Me gustaria comprar al menos la fruta y verdura siempre eco pero no tengo ningun sitio cerca.. de todas manera siempre encuentro inquilinos entre lo que compro en mi fruteria, asi que no creo que tenga demasiados pesticidas... o eso espero

P1711B Yo creo que todo lo que se pueda eco, es más saludable. Mis abuelos han sido agricultores Y en los últimos 30/40 años.. El campo ha cambiado muchísimo. Pero sólo te digo que un tomate que ni huele, sabe a tomate... Cada vez tiene menos de tomate Así con todo

P811B Pregunta... Alguien sabe si en algún sitio venden yogures Vraí? Compro uno de vainilla que está riquísimo pero no lo he visto en ningún sitio aparte de ahí... Son eco con leche de vaca, azúcar de caña sin colorantes ni conservantes
P211B has probado el arterra??no es eco pero lo hacen aquí en Agaete
P811B Hacen uno también con leche de cabra. Muy rico, pero sólo lo he conseguido una vez. Por eso quiero ver si a alguien le suena verlos en algún sitio

P2111B Guau Miranda, si hay de todo, se puede hacer la compra directamente . Lo que tengo una duda como se ve de lo que hay y de lo que no
P411B Me falta rellenar la primera columna q es la d cantidad de existencias pero tenia tantas ganas d q lo vieran Jajaja. En cuanto me llegué lo relleno y lo reenvio
P1611B Qué pasada Miranda!!! Acabo de verlo y es supercompleto. A la hora de las bendiciones en la mesa te vamos a tener que nombrar
P3911B Oye Miranda, muchísimas gracias Yo que no tenía mucha idea de lo que me iba a encontrar he flipado. Si somos lo que comemos... Todo nuestro ser te lo agradece.
P3311B Muchísimas gracias por el curro que te has pegado, Miranda. Todavía no he podido ver el Excel, es el que me falta, pero lo demás es una pasada. ¡Mil gracias!
P1811B Lo mismo digo.. es una pasada... mil gracias!!!
P1111B Muchas gracias Miranda!!!, es una pasada!!, hay de todo!!!!!!....

c. Composición de los alimentos

Este grupo muestra mucha actividad en relación con el análisis de las etiquetas como acto de conciencia nutricional, lo que provoca algunas sorpresas al realizarse sobre las de algunos productos ecológicos. Preocupa la presencia de aditivos, colorantes, azúcares

añadidos y trazas. De este modo se condena el consumo de los embutidos y de los colorantes alimentarios, así como de aquellos productos muy elaborados.

P111C Y compro mirando mucho de donde vienen las cosas Cuanto más leo...más miedo me da ir al super

P1811C ... tienen tanta porquería la mayoría...

P111C Sin contar con la carne... La verdura digo

P211C Yo es q los embutidos m dan noseque...Porque tienen mucha porquería

P811C Muchos e–nosequé sí. Un horror

P211C Han leído alguna vez lo q trae? [...]También hay que leer la letra pequeña de los ingredientes ecológicos Embutido leo ingredientes [...]

P1011C Aunque comí pan y lleva azúcar pero poco a poco. Porque ayer estuve mirando y la de espelta que era la que vi tiene trazas de frutos secos y huevo

P1811C [...] el 70% de cosas que comiamos antes no nos sirven la que no lleva embutidos lleva leche o nata, y si no es cualquier porquería peor...

P1811C ..pero es q los embutidos...

P811C [...] En mi búsqueda de la salchicha perfecta [qué mal ha sonado esto] me he dado cuenta de que no existe... Todas, absolutamente todas las marcas que he visto tienen nitritos..[...]

P1211C [Imagen]Atención todos...!!!. si tienen este colorante alimentario de mercadona en la despensa ya lo pueden ir botando a la basura...tiene tanta química para hacerlo pasar por colorante que provoca efectos secundarios adversos en niños y personas mayores . lo pueden comprobar mirando la letra pequeña que está encima del código de barras... la empresa no se hace responsable según ellos porque el producto hace constar al consumidor (en letra pequeña) de sus posibles problemas de salud ...

P1711C E102 – Tartrazina – Aditivos Alimentarios – <http://www.aditivos-alimentarios.com/2014/01/e102-tartrazina.html?m=1>. Si es cierto

P2111C Pero he mirado mi bote y no pone nada, si es cierto que tiene el e102 tartrazina, pero no informa sobre los efectos adversos. Ya se fue a la basura El bote

d. Cocina habitual

En este apartado se incluye una pequeña muestra de las evidencias en torno a las comidas que forman parte de la cocina habitual, en las que se observa la presencia de las nuevas recetas sanas y equilibradas, con producto ecológico a veces, y de las reacciones de toda la familia ante el cambio, lo que provoca perplejidad, rechazo, resignación y también orgullo por estar "haciéndolo bien", según el plan del nutricionista de referencia en este grupo. Se intercambian recetas, se recogen quejas acerca de la escasez de ideas y de tiempo para poder llevar la dieta diaria dentro de un orden.

P1711D A comer!! Arroz, azukis y judías verdes con Seitán a la plancha y Tomatito pa dar color y refrescar. [Imagen]

P1011D Tiene una pinta estupenda Catalina

P1811D y si, os veo puestas n cocina... jajajjaa. Nosotras nos hemos comido unos macarrones bolognesa y ya...

P1011D Yo visto que Bianca no me dejaba moverme fui de compras y compre pasta integral, azuki mijo.... Pero me fui a casa de mis padres a comer Ensalada y papas fritas lucia

P1811D Y por ejemplo estabamos empezando a comprar eco algo de carne [pollo sobre todo], harinas, pan, algunas frutas..Pero claro, me dicen esto y te intentas informar, pero hay tanta informacion contradictoria que a veces una termina mas liada que un trompo

P111D Yo me identifico con lo que cuenta Catalinahemos ahorrado al final. Creo que hay resistencias porque el problema esta muy arraigado

P111D Nosotros cuscus con tofu de aceitunas y champions con cebollino. Yo quería en lugar de pollo tofu pero no encontré. Preparando hamburguesas de azukis! Leche de avena recién hecha en nevera

P1011D Ya pasaras receta de las hamburguesas

P111D Hamburgers azukis con arroz integral y dulce ...y vasito salmorejo

P1211D Tu si que sabesbuen provecho!

P1911D Pero el pobre,se va a aburrir d comer siempre lo mismo

P611D Pozi se aburren enseguida

P1911D Mientras tenga la. Comida...

P1811D [...] ademas a la hora de la comida estoy yo sola asi que tiro mucho de arroz y pasta integral con algun acompanante, o en ensalada,... ya en la cena pues solemos tomar revuelto, pollo o pescado a la plancha, no se, cosas asi...

P1711D Has probado con pan casero?? Al pan "común " le ponen muchos químicos

P3311D Andrea, prueba a darle pan de otros cereales que no sean el trigo común. He leído que también hay gente alérgica a las levaduras, a lo mejor radica ahí la cosa

P711D Nosotros cambiamos la harina de espelta x harina integral de trigo, y la de trigo sarraceno x harina integral de centenoY le ponemos menos vinagre xq a mi no me hace mucha gracia

P911D Y Martina me quedo con la receta, gracias x compartirla Buen domingo familias

P2811D Chicas, a mi no me da la vida... Ya encargué una bandejita de sándwiches y cogeré algún dulce apetitoso...

P1011D Tb nos lo comemos Salomé Le damos a todo Julieta la ensalada no le pongo huevo Voy hacer alioi Una la de siempre y otra con leche vegetal para probar Y yo no le doy a la tórtola y Bianca como mucho corre tras ellas

e. Recetas y consejos de cocina

Son numerosísimas las alusiones a recetas, trucos y consejos de cocina comentados y expuestos en las interacciones del grupo. Hay alusiones a los procedimientos, en especial la prevención contra el uso de batidoras y robots de cocina de parte del nutricionista de

referencia del grupo, por no permitir a los bebés masticar la comida y por las repercusiones en el tratamiento de ciertos alimentos.

P3111E Se pueden hacer patés vegetales muy ricos [...]

P911E Estamos todo el día buscando recetas e ideas

P1811E Me parece que a este paso tenemos que hacer recetario Jajajaj

P1811E Una preguntita... con que sustituis el queso en una pizza???

P2011E Tofú

P2011E Pero hay uno muy fino... Tipo queso

P1811E Yo tiro mucho de cremas y pures en invierno, así "no me doy cuenta" de que los como

P411E Pon 2 láminas picadas muy finitas el primer día y vas aumentando. Realmente la textura es lo asqueroso pq no tienen sabor Jajaja

P911E Guau la tartaaaaa!!!!!!

P211E Pues son bastante fáciles

P211E Apunten receta.. 1 parte d cereales [pueden mezclar hasta tres tipos] y 4-6 partes de agua depende de los espeso que lo quieran. A la olla y una hora al fuego

P1811E Yo es que estuve leyendo un post de harina integral en el foro de crianza natural

P2011E Diego D. es anti thermomix

P2011E Batidora a partir de un año

P1911E Buff pues q sea anti Thmx sí q es un problema Yo la uso para todo Y como para no, con lo q cuesta...

P411E Amanda no nos digas eso por Dios!!! Nos facilita mucho la vida

P2011E Eso lo dice Diego D. y creo que en la vida hay que buscar un punto intermedio[...] Thermomix y batidora genera mucho aire y eso es malo para el bebe o adulto

P911E Yo también creo q lo ideal es el punto intermedio. Todo en exceso o defecto es malo

P911E Supongo q la Tmx genera aire a máxima potencia, pero para cocinar se usa más bien lenta, O eso quiero pensar

P411E Azu qué???? Jajaja

P2011E Yo las he hecho... Muy buenas... Haces bastantes y congelas

P111E Azukis Como una judía Que ricas

P411E Ah q rico!! Legumbres???

P2011E Sofía ponle el alga Kombu

P2011E Eso las hace más digestivas aún

P111E ValeeeU. Mandare fotos del resultado

P2011E El agua de remojo con el alga se tira... Y luego lo coces con otra agua y el mismo alga.

P711E Mi receta de yogures con Thermomix: – Calentar a 100 grados 400 g de leche vegetal, cuando hierva poner 2-4 g de agar [según os guste espeso] y dejar hirviendo 2 min a velocidad 2. – Dejar enfriar un poco y añadir azúcar integral al gusto [nosotros ponemos 2-4 cucharadas soperas] y 100g de fruta, triturar a velocidad 8 durante 15 seg. – Dejar enfriar hasta los 50 grados y añadir 2cap/sobres de

probioticos o 1 cucharada de yogur de cabra, y mezclar 10seg a velocidad 2. – Meter en la yogurtera de 13–15h [sin tapar los yogures] – Después tapar y a la nevera para que espesen

P3111E Hola alguna ha hecho el yogur con la leche de soja y el probiotico?. Yo lo he hecho un par de veces y siempre se me queda algún vasito líquido. Los demás se cuajan bien pero en esta ocasión por ejemplo se me quedaron dos líquidos total y volví a ponerlos y uno de ellos nada, siguió líquido y el otro muy raro [Imagen]

P3011E Oye y el quinoa como lo hacen? Cómo el arroz? [...]

P411E La quinoa la tuestas sin aceite después dé lavarla y escurrirla. 2 medidas o 2 y 1/2. dé agua o caldo por 1 d quinoa. Yo la he hecho d las dos formas. Una vez tostada, sé oscurece un poco y el olor es más rico. Ya puedes añadir el agua. Y contar entre 15' y 20' desde q veas q ya cogió temperatura. Y sé hace después a fuego bajo [...]

P911E Chicas hice unas galletas de ciruelas riquíííísimas, Y súper fáciles [Imagen]

P4311E Me apunto a probar esas galletas

P911E Les puse: copos de avena integral, una cucharada de aceite de oliva virgen extra, un poco de rapadura y ciruelas frescas [...] La receta es mezclar todos los ingredientes y 10/15 minutos al horno. La verdad es q están muy ricas

f. Tendencias preocupantes y restricciones

El grupo muestra muchas evidencias de su preocupación por las desviaciones que observa en su nueva familia respecto a una dieta sana y equilibrada. Aparecen las concesiones en los momentos especiales y los productos y tendencias difíciles de evitar, en especial el chocolate, el dulce, los fritos, salados, la comida tradicional de la calle y la comida basura. En otro orden de cosas, la obsesión por algún alimento es tema de preocupación, ya sea por exceso en su ingesta (plátano, pan) o por la rareza de su ingesta en un niño o una niña, como cebolla, pieles de naranja o limón.

P211F Josefina probó el azúcar a los dos años, Y si, le chifla el chocolate

P811F Este jamás ha probado una chuche que no sean Risis... Y chocolate jamás

P211F Así q intentamos q coma lo menos posible...

P811F Pero es que no es sólo que no se lo ofrezcamos, sino que no le gusta nada

P1811F La mia chuches no toma nada, lo del chocolate es otro cantar...

P211F Aquí es amor al chocolate y si es negro mejor

P811F El negro es más sano no?

P511F Eso dicen

P111F comiendo un pienso de miko!!!! Tanto Diego D. Pa na

P1011F Julia yo cremas y pures no puedo la textura me da asco, Y x ejemplo tomate y cebolla hay en todo

P1811F Ya, a mi me pasa igual con la cebolla... pero hasta sofritos y así lo paso por batidora y listo. Eso por la textura. En crudo cebolla ni hablar, lo siento...Pero si, de la cebolla es difícil librarse...

P2911F Que al mio plátano para merendar le apasiona, lo ve y hace fiestas. 2-3 por semana sera mucho? Que decia?

P1011F Yo realmente no me acuerdo, Pero el plátano es de las frutas mas calóricas. Yo personalmente no le veo inconveniente para un niño en crecimiento. Otra cosa q solo coma plátanos

P411F Calla calla q yo le daba 4 huevos a la semana y es sólo 1

P1811F [...] hasta que un dia descubrio la pasta con tomate, y es lo unico que comia]

P1011F [...] yo es verduras me gustan poquitas [...]

P411F Ok. Renata yo soy d tú equipo Jajaja

P1011F Yo para cenar volveré a probar la sopa a ver si voy acostumbrándome al sabor. Yeray dice q esta deseando que llegue la noche para cenar lo mismo así q le gustó, Yo me lo comí todo q ya es algo. Lo complementamos con pescado Al horno

P811F Yo al principio le daba pavo...Mi sabio hijo me dijo que pa mi

P211F Yo soy más d jamón Serrano...Raíces andaluzas

P1011F No se q opinara Diego D. pero a esta chica le encanta la pizza!!!

P3311F A Dani también le gusta. Aunque él es más de comerse las cáscaras de las naranjas y. Las mandarinas

P1011F Primer día sin azúcar casi superado!!!!!!

P211F Pero es muy difícil quitar el azúcar

P2811F Pasable, hay q acostumbrarse a tomar sin dulce...No está mala

P2111F Yo por lo pronto llevo siete sacrificados días sin oler siquiera el chocolate

P1011F Y yo!!! Ni chocolate ni gominolas, caramelos, galletas, bollería, zumos, refrescos..... Duro duro

P2111F Eso, eso nada de chuches en ninguna de sus versiones

P2911F Ayyy... chocolateeeeeee , Se que debo dejarlo... que difícil !!!

P2111F Y lo del jamón serrano por eso de la sal. Es buena idea? Hay alguno menos salado o algo?

P811F Antes de que caminen se debe evitar la sal y luego como siempre en su justa medidaLara aquí en casa compensamos porque no se le echa sal a nada de nada Pero en la cocina no se usa

P1411F [...]No es que coma muchísimos, pero me gustaría reducirlos un poco..

g. Alergias

Intercambio de casos personales relacionados con la ingesta de algún producto y con la asunción de otras prácticas alimenticias que generan bienestar, así como de consejos de ensayo-error para descartar el tipo de alergia.

P3111G [...] y desde ahí empecé a hacer cambios pequeños y enseguida noté el cambio en como me sentía. [...] comiendo mas arroz integral y legumbres y varias veces a la semana El té kukicha con kuzu y umeboshi. [...]

P711G Desde que me volví alérgica al huevo de mayor estoy más concienciada en esas, xq hay estudios que sugieren que exposiciones tempranas en personas sensibles con el tiempo las desarrollan

P2111G Jo que bien. Y ustedes dicen que lo tienen complicado, mi nene tiene alergia a la proteína de leche y al huevo ahí es nada

P1811G Pfff... lo de las alergias si q complica! Menos mal que la mia de momento no tiene, porque en mi familia nadie es alergico a nada y tengo experiencia cero en el tema...

P711G Yo soy alérgica al huevo y tomo la pasta integral ecológica del Alcampo

P2111G Y no contiene trazas?? O no lo especifica?

P711G La pasta no pone nada de huevo. Pero a mi me salen ronchas con que solo ponga Puede contener trazas de huevo yno me sale nada. Hasta mi suegra una vez usó aceite de freir huevos para hacerme un filete y me salieron, desde entonces ya se toma mi alergia más en serio xq se creía que exageraba xq me ha salido de mayor

P3211G Chicas...y ustedes saben si debería dejar de tomar leche yo tb? Lo digo por lo q acabas de decir, Lara, q si está en contacto con la proteína no le desaparece la alergia. Entiendo q tu hijo/a tb la Tuvo

P2711G no deberias tomar leche tu

P3211G No? Pues la llevo tomando casi 11 meses y no le he notado nada...Bueno, cuando era más recién bucheaba más de lo norma. [...] Así a no me preocupe...igual ahora me adelanto porque no le he hecho pruebas, pero q al rozar le salgan ronchas

P2711G yo creo k si el es alergico o crees k lo sea no deberias tomar tu leche pero si no le ves nada si. eso es lo k dicen

P211G Es increíble la cantidad d alimentos q contiene plv. Si eso es verdad..somos el único animal q sigue tomando leche frescura d destetarse o realmente nunca nos destetamos??

P1611G [...] yo hace tiempo que pasé a la leche de soja y mi rinitis-sinusitis desapareció. A raíz de aparecerle a Andrea un fuerte eritema con 6 semanas dejé lácteos y chocolate y pasé a leche de avena, arroz y almendras y sus irritaciones de piel mejoraron. Además son mucho más digestivas

h. Los lácteos

El consumo de lácteos, desaconsejado en la formación del nutricionista de referencia y apoyado por más informaciones que aporta el grupo, genera muchas evidencias, algunas de las cuales tienen que ver con las alternativas y con la dificultad para suprimirlas de la dieta, especialmente el queso y la leche de vaca para el café. No hay evidencias que defiendan la inocuidad de su consumo. El grupo critica la publicidad de determinadas marcas y productos para forzar el consumo de lácteos en los niños y las niñas.

P811H *A mi no me da la vida para hacer leche de avena. Tomamos de la corrientucha*
 P211H *confió en la autorregulación y voy cambian a bebidas vegetales*
 P211H *Voy cambiando quería decir*
 P1111H *[...]la verdad que he probado bastantes, y como dicen no son baratas... Hace tiempo que encontré en Alcampo una y para mi es de las mejores que he probado, y de precio con diferencia del resto, 1,42 euros!![...]*

P811H *En casa sólo tomamos leche de Avena...*
 P211H *Intento buscar una q le guste porque la d arroz dice q ni d broma*
 P211H *Voy a probar a hacer la d avena a ver si hay suerte*
 P811H *Para mi la de soja es la más rica de sabor, pero la soja no es la más adecuada... Luego le sigue la de avena*
 P211H *y tb es apasionada a los lácteos..*

P411H *Rafaela a mi Sergio S. me la prohibió también.*
 P211H *Y eso a a mi m gusta el sabor d la leche..pero estamos intentando desquitarnos y cuesta.. mínimo leche, yogur y queso en casa son esenciales para Xerach y para Josefina*
 P3111H *Dejar la leche y los lácteos en general mejora muy pronto todo lo q está relacionado, Yo lo he notado en todo*

P611H *La leche materna tiene prácticamente las mismas calorías q la maternizada*
 P611H *El bibe no engorda más q la teta el bebé toma lo mismo q si fuera el pecho*
 P611H *Lo q hace q engorde son todos los cereales q van dentro del bibe*
 P1211H *Ademas no le doy el pecho sino leche de farmacia por desgracia y no tiene nada que ver*
 P811H *Y da miedo lo sano que es.... apenas lácteos, aunque a veces me pide cucharadas de mi yogurt*
 P711H *Natalia toma lácteos?*
 P1811H *No suele... algun quesito o un poco de yogur en casa de la bisabuela cuando va*
 P711H *Y en la charla habló de fuera lácteos*
 P1811H *En casa lacteos pocos la verdad... [...]*
 P711H *Él dijo que al quitarlos x completo notas la mejoría al mes. Nosotros lo notamos antes*

P3511H *Tengo kefir para regalar. Aunque hace 4 años que dejé de tomar leche, confieso que hace unos meses comencé a tomar kefir y la verdad es que ni Surya ni yo nos hemos puesto malos, ya que se lo doy a través del pecho.*
 P811H *Yo leche no tomo, pero yogurt un poquito porque me encanta*
 P811H *Abusar de lácteos es malo, pero tomarnos ocasionalmente tampoco creo que mate. Yo no soy muy de obsesionarme con esas cosas.*
 P2811H *Eso opino yo, no soy muy de extremos ...*

12. APRENDIENDO A COMER

En esta categoría se presentan las interacciones del grupo relacionadas más directamente con una de los aspectos que generan mayores preocupaciones cotidianas. Llega

el momento de empezar a introducir alimentos mientras se mantiene la lactancia, y ese es un paso que preocupa por el orden, la cantidad, el tipo de comida, la preparación, la presentación y la manera de actuar con el niño o la niña en el momento de la comida. El intercambio de experiencias particulares sirve para ofrecer un panorama y un punto de referencia para todo el grupo.

a. Alimentación complementaria

Comienzan nuevas experiencias para los bebés al introducir alimentos en la boca como acercamiento a la alimentación complementaria. Las evidencias de este apartado tienen que ver con el proceso de investigación de los adultos por ensayo–error para ir comprobando las reacciones de aceptación o rechazo, así como con el intercambio de información relativa a la pertinencia o no de cada alimento y de los tiempos adecuados de introducción para cada uno de ellos.

P2212A Mario se lo come todo.... ya en una semana empezamos a complementar....

P1912A A veces le meto trocitos d manzana y luego algún gajito en mano pa q n pierda la costumbre

P1812A Con la mia empezamos con alimentación autorregulada y hasta que cumplio el año [...]

P1412A (...)Pero ya tenemos q ir pensando en la introducción de otros alimentos...

P312A (...)Aunque todavía me queda tiempo para empezar con la complementaria, pero así voy leyendo algo.

P2712A Madre mia con la complementaria!!!

P2212A Mañana mario hace 7 meses, ayer empezamos con alimentación complementaria [...]

P1012A [...] por lo que vi le da purés..... Que quieren que la fuerces a comer????

P2812A Mamá paso d la leche de avena con gofio... La tostada integral con queso, la puedo comer [Imagen] poco a poco...

P2712A y a ti te gustó

P1512A Sofía, las bolitas de polenta se las podrá comer Alba (8 meses)?

P112A Pues lo Consulto con diego

P412A Pero Diego dijo q normal ecologica pero igual era a partir del año

P612A Las lentejas a partir del año?

P412A Las normal digo

P612A Ok con piel

P1912A Ls bebés d menos d un año podrían comer berenjenas?

P1912A Menos d un año pueden comer champiñones?

P1712A Se supone que mejor no porque es un alimento depurativo. Ellos tienen que crecer y asimilar nutrientes Pero es como la sal

P2912A Una pregunta, mami lindas... que opinion tiene diego de dar tofu a los nenes? Al mio (18 meses) le chifla, si por el fuera se lo daba todos los dias, hervido y

en trocitos. Pero no me atrevo a dárselo mas de una o dos veces a la semana, acompañando al pure. Ha comentado algo..?

P1512A En la fotocopia q nos dio de nutrición avanzada pone q se puede introducir el tofu a partir de los 12–18 meses

P2912A Si, esa fotocopia la tengo...empece a dárselo como a los 14–15 meses y ya les digo: le encanta. [...]

P2912A Aun no hemos llegado al pollo ni a la carne... tan felices con el pescadito

P112A Yo tb le doy tofu desde esa edad, Y le chifla Pero no mas de una vez x semana

P1012A Después Diego quiere q mastique mientras Bianca no para

P3012A tengo una preguntita sobre la AC. [...]

P3312A A veces es normal que los peques no se interesen mucho por la AC cuando empiezan a tener sus primeros contactos

P3312A Creo que Carlos González decía que es normal que haya bebés que no se interesen por la AC hasta los 10 meses. Así que a lo mejor tu nena no se siente del todo preparada.

P3012A [...] Realmente me preocupo por mi manera de hacerlo. [...]

P1012A [...] Tu complementa con bibe que al principio es eso solo experimentar con cosas nuevas

b. Autonomía y BLW (Baby led weaning)

En este apartado se recogen la evidencias relativas al proceso de autonomía de los niños y niñas en el que ya no se dejan alimentar y comienzan a manejar los alimentos por su cuenta. La actitud de los miembros del grupo es en estas evidencias favorables respecto al proceso de autorregulación, dejar que los niños y las niñas disfruten del momento con la seguridad de que así favorecen la incorporación del placer y autorregulación al acto de comer.

Se menciona el método *Baby led weaning* (literalmente 'el bebé guía su destete') que consiste en dejar que el bebé se acerque a los alimentos de manera autónoma, confiando en su autorregulación y preferencias para que vaya cogiendo el gusto a comer, descubriendo los procedimientos de manejo autónomo de los cubiertos e interesándose por la comida que ve en la mesa.

P1812B [...] y no quiso ver una mesa nunca mas. De hecho al principio la dejabamos irse [...] .. ahora hay que acercarse a donde este y ofrecerle con cucharada o tenedor. Y abre la boca, pero de cogerlo ella ni hablar, asi que.... al final cada niño es un mundo

P412B [...]Tu niña se está autorregulando

P2912B [...] Con su tenedor a trocitos, encantado. Era por si habia comentado formas de prepararlo, por ejemplo, o si era recomendable dárselo a menudo

P1912B Volvió a coger un trozo d papayo él sólo!!! X fin!

P912B Si es q ellos prefieren comer solos. Desde q ven la diferencia se animan

P1012B Comiendo plátano tan a gusto

P1012B *Aquí hemos usado mascarilla de plátano, gofio, papa, salsa de tomate*
P1012B *Bianca aguanto lo justo para comer tres cosas y tirar el plato al suelo*
P1012B *Bianca [Imagen] Pedía mas Pero quería comer ella. Metía las manos y chupaba*
P1012B *[...] y luego come a su manera.....*
P1012B *Quiere comerse la leche de avena con gofio sola!! [Imagen]*

P2712B *[...] La pagina baby led weaning*
P3012B *[...] Nosotros estamos también con BLW pero no al 100%. Hay días que es simplemente imposible pues mi niña no quiere. [...] Otras veces es mitad BLW mitad leche, pues empieza a comer normal y de repente se coge una perreta enorme, lo tira todo, grita, llora...*
P2712B *Yo estoy empezando.. [...]*
P3312B *Tú ofrécele cositas, que toque la comida, juegue con ella y si no la quiere, pues no pasa nada. Poco a poco [...]*
P3312B *Es más una cuestión de que se vaya familiarizando con los otros alimentos.*
P3312B *Una maternidad diferente: Baby-Led Weaning – <http://www.unamaternidaddiferente.com/p/baby-led-weaning.html?m=1> [...] para las mams que empiezan ahora con el BLW y la AC. Les recomiendo mucho que lean los artículos de ese blog sobre el tema, son de lo más completo que he visto hasta el momento.*

P1812B *[...] dale carne de vez en cuando para que la chupe, por el hierro*
P1012B *[...] y tb comía lo que quería unos días mas otros menos . Habían cosas q le gustaban mucho otras ni tocarlas casi y la dejábamos comer lo que quería. Aun hay días q come mas que otros.[...]*
P1512B *[...] Yo le doy las verduritas enteras y bien cocidas y ella se las come sola (no porque lo haya decidido yo, sino porq así lo prefiere ella) y cuando Ya no quiere más pues se la escacho con el tenedor y se come el resto a cuchara... [...]*
P3012B *[...] no tengo el libro pero me lo voy a pillar. Toda la información que he ido recopilando es de foros de BLW o artículos. Tal vez deba leer más... También intento hacerlo por instinto mío y deseo de la nena.*

c. La intervención de los adultos

Los adultos intervienen en el momento de la comida de sus hijos e hijas desde sus creencias y con su particular manera de dirigir el momento. Aparecen evidencias de actitudes negativas de otras personas como el forzar, no dejarles la cuchara, imponer un ritmo, que se acrecientan cuando se ven practicados por la pareja o por las abuelas. Se aprecia que las madres que siguen la corriente del BLW tienen que vencer las resistencias de la familia en cuanto a la apariencia de desorden y al miedo de mancharse.

P1912C *Y m da pena Alberto comiendo así, siempre cN cucharapero se lo stoy haciendo*
P1012C *Recuerdo un niño de la prima de mi pareja que según ellos comía súper bien. Le daban el puré tan rápido q ni tiempo de escupir, o tragaba o se ahogaba Y ahora come fatal. Claro ya no pueden forzarle así*

P1812C Yo he visto a un padre con abuela en el parqu. Sacan un bote enooorme de pure para merendar. Y empieza la abuela a meter cucharones sin piedad, y el padre a abrirle la boca apretándole los mofletes para que entrara bien... pobre, que agobio me entró

P612C Ohhh q horror!!!! Pobrecillo!

P1912C (...) Alberto sta en plan tonto y n kiere cojer la comida eL sólo...otra cosa q agradecerle a mi madre y al papa...tanto miedo tanto miedo.

P1912C M da un coraje y una pena

P912C Buff es q las abuelas...

P912C Ten paciencia

P1912C Si si, yo le doy casi siempre, y alguna vez si como con mi madre o le cuadra al padre, en unos días mandan a la mier... lo conseguido en ms d 2 meses. Stoy cabreada !¿ En fin...

P1912C Si, mi madre lo pasa mal cada vez q lo ve comer

P1012C Mi suegra directamente ni miraba

P1012C Y Yeray lo paso un poco mal al principio le daba miedo pero como resolvía todo genial dejó de preocuparse

P612C A mi me ocurrió igual, no entienden q no sólo existe la cuchara, Yo le combino las dos cosas

P812C Ela tú no lo considerarás, pero se ve que él si Desde que empiezan a deambular y luego a caminar el desinterés por la comida es de coña No se vuelvan locas que no se dejan morir de hambre. Lo constato. Alberto tiene meses y jamás ha comido nada que no quisiera

d. Apetito

La preocupación mayor de las madres del grupo es ver que sus hijos e hijas comen poco, que no comen nada, que pierden interés por comer o que solo comen alimentos en cantidades mínimas o alimentos específicos que no se corresponden con lo que consideran adecuados. Esta situación genera miedo y tensión en la relación familiar. Los argumentos que se intercambian en el grupo para tranquilizarse son una mezcla de aceptación y de confianza en que se trata de etapas naturales en el desarrollo de los niños y niñas, a veces relacionadas con malestares ocultos y nunca definitivos, como se comprueba en las evidencias que muestran cambios inesperados en las actitudes alimenticias.

P212D Josefina come poco [...]

P1712D Aún así llevo 4 meses poniéndole algo para desayunar delante.... Y algunas veces si quiere... Pero te digo una de 10

P2812D Yo, al borde del desquicie, la chica sigue diciendo q pasa de comer, y así llevamos mucho tiempo ...

P2112D Salomé la peque come con ustedes? Quiero decir mientras comen ?

P2812D Si, incluso la siento sobre mi, pero nada! Lo único q come es la merienda, un plátano y algo de yogurt, eso en todo el día

P1812D No se, Cecilia es que no es de comer mucho... un platano entero no se toma ni de broma, y ya anda cerca de los 2 años... aunque después hay algunas comidas que le encantan, y los días que las hay engulle... [...]

P1812D [...]jella no tiene cositas preferidas?

P2812D No, el plátano, le encanta, pero claro todos los días lo mismo, cansa

P3312D Salomé , si te sirve de algo, Dani no suele comer mucho.[...]

P1012D Pero que es no comer? Xq muchas veces solo comen menos de lo que pretendemos

P1812D No comer para mi es no comer. Nada de nada

P2812D Ya se q es algo común, [...]

P1012D Bianca come como un pajarito, Casi de todo pero poca cosa, Días mas y días menos, según le de

P1812D Jessi, no come nada, le ofrezco de todo, ya me da igual q no sea comida de gran calidad, pero no prueba nada

P1812D Natalia igual, un pajarito, pero ahora... antes ni picoteaba [...]

P1012D creo que son rachas de menos comer, observa el estado de animo y su actividad

P2812D Aunque el problema no es q no le guste la comida, sino q pasa de ella

P3312D Eso me suena tanto.... Yo llegué a dejar de servirle comida en su plato. Y de repente, un día mientras comíamos y Dani jugaba, vino y me pidió comida ("pan" según él). Le empecé a dar de mi pescado y se comió la mitad.

P412D [...] como ves están todos por el estilo Jajaja. Encima la pobre Laurita acaba d estar malita q eso te quita el apetito. Disfruta d tú feliz y sanísima niña. Muchoz bzitoz

P2112D [...] Pues lo dicho, que me enrolló, que ella decida si quiere o no comer y cuando menos te lo esperes te quita la comida del plato Es que mi bolita es un tragonsete

P1912D Buens dias! Necesito asesoramiento/consejo/ayuda. Alberto ya no kiere la crema d arroz. M ve comiendome el bocadillo y claro,m empieza a pedir pan. Llevo dias dandole piskitos y cm n kiere su comida al final acabo dandole tortita d arroz. Q le dan ustedes para desayunar q sea solido? Cm diego decia q mejor caliente x la maññ...Estaba pensando en la tortita cn algun tipo d foigras o mermelada "sana", pero sigue sin caliente

P1012D Bianca tp quiere crema de arroz x la mañana, se la doy por la noche con gofio. Por la mañana prefiere teta y pan La tetita es calentita Si ve al padre comiendo crema de arroz y pide se le da Ya ..pero el es d comer.... Estoy segura d q le doy medio pan cn mantekilla y se lo come

e. Higiene

Hay dos vertientes en el tratamiento de la higiene respecto a la alimentación en las interacciones del grupo: las que tienen que ver con manchar y las referidas a la higiene bucodental, en concreto con la prevención de las caries y el sarro. Mientras la primera es fuente de comentarios humorísticos y aportaciones de imágenes divertidas con los niños y las

niñas embadurnados o jugando y manchando todo con la comida, la segunda genera preocupación e intercambio de información especializada y trucos de limpieza.

P1012E Se restregó gofio con plátano x la cara y el pelo

P412E Ay Jessica debe ser el desayuno d los pelones entonces Jajaja pq a Roberto le encanta también Jajaja

P1812E Por mas que depuran, al final la lian igual

P112E Tenia que haber sacado una foto a Luisillola lió parda

P412E Roberto es más escrupuloso. Con pelos no chupa Jajaja

P1812E La alimentacion autorregulada tiene fallos... he puesto ensalada y Cecilia ha ido tan fresca y se wsta lavando la cabeza con el aceite.... [Imagen]

P912E Jajajajajjaaja. No me lo quiero ni imaginar

P1212E Se eeta hidratando el pelo

P1012E Hubo una época cuando ni quería mas se ponía el plato en la cabeza Con todo su contenido

P1012E Un día q comió fideos [Imagen]

P1212E [...] pero como no era suficiente se lo hecho en la cabeza

P1012E Nereida ole pescado para el pelo

P1812E Jajajaja. Bonito gorro

P2812E A la rica sandía!! Ahhh es q vi a Bianca tan tranquila con su sandía ...

P1012E Pura apariencia No ves q se la puso en la cabeza!!!

P1812E Natalia ha vuelto de terminar con tomate hasta en las orejas

P812E Aquí guarrindonguillos a la cama sin bañarnos. Estaba hecho polvo, to sudao... Rezando ahora para que no se ponga malo sudando como un pollo detrás del gato

P3112E Más bien desmigaja, reparte, tira, pringa... Y reconozco q me cuesta

P1012E Mientras tanto guarreo al máximo

P1012E [...] Claro q luego lo divertido era chupar y escupir

P1812E [...] y tambien a veces le da por escupir para montarse un charco donde guarrear a gusto

P1812E A ver, que la culpa es nuestra evidentemente. Que nunca le hemos limpiado los dientes a conciencia porque hay que forzarla mucho y no queriamos, lo haciamos mas ennplan juego y asi estamos. Y en casa come bastante sano, quitando alguna galleta o algun sorbito de refresco noches sueltas. Pero comemos muuy a menudo en casa de las abuelas y le dan algun helado de postre, zumitos de merienda... cosas de esas. Y si, tuvimos que ser mas cuidadosos, y lavarle los dientes como fuera...

P3712E A ver, lo de los dientes me parece lógico. No sé cómo serán los demás niños, pero a Dani no hay quien le lave los dientes. Entonces cualquier cosa que se coma le va a dar caries y sarro, de hecho Dani tiene sarro. Es mucho más probable que tenga caries por todo lo que tú dices, helados, yogures, papas, hasta la comida "normal", y no tanto la teta

P612E Hola a tod@s, el tema la caries asociada a la lactancia se basa en un estudio realizado en España y Publicado en la AEPED, no es la teta en si, sino la ingestión de alimentos durante el sueño ya sea a través de biberon o pecho, pues se relaciona con

la aparición de lesiones cariogénicas sobre todo cuando se hace a demanda. Debido a la lactosa de la leche materna o de vaca cuando permanece depositada en los dientes, durante la noche la habilidad de deglución en bebés se reduce y no salivan lo suficiente para poder eliminarla. El estudio se realizó en niños entre 6 a 10 años de edad. Si es cierto que el tamaño muestral del estudio es pequeño. También es cierto que los mismos padres podemos transmutar caries a los bebés al besarles en la boca o compartir la cuchara, vamos que todo se basa en la higiene.

P1912E Interesante.

P1812E Aquí dejo un enlace cortito por si os interesa el tema http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lactancia_materna_y_caries_para_matronas_y_pediatras.pdf

P3612E Gracias por la información todos los días se aprende algo nuevo

13. LA SALUD: CUIDADOS Y PREVENCIÓN

Esta categoría es, de largo, la que más evidencias arroja en las interacciones del grupo. El cuidado del bebé y la madre, desde el embarazo al parto y a la crianza, pasa por muchas fases que requieren de cuidados para que todo vaya bien y de prevenciones para evitar los malestares del bebé y los efectos indeseados en el futuro. De este modo la figura de los pediatras está bajo el foco, sometido a un examen intenso en conocimientos y actitudes.

En el mundo de las vacunas, no hay ninguna evidencia en contra de la vacunación, pero sí de temor ante algunos compuestos metálicos. Las medicinas suscitan un apasionado debate del que emergen evidencias en contra de su uso y abuso, especialmente contra los analgésicos, antipiréticos y antibióticos proporcionados a los bebés, que se usan como último remedio.

El parto y el embarazo en el ambiente hospitalario generan suspicacias por la falta de cumplimiento de las recomendaciones y orientaciones para un parto natural. En ocasiones se debate contra las rutinas de los paritorios y por la falta de ayuda con prácticas que en este grupo se valoran positivamente: piel con piel y promoción de la lactancia desde el primer minuto.

Aparece un gran número de evidencias en las que se comparten remedios naturales y homeopáticos, dentro de los cuales figuran de manera destacada los probióticos.

a. Confianza y desconfianza ante los pediatras

El pediatra es una figura central dentro de las preocupaciones de los miembros del grupo por su capacidad para sanar a los bebés y por el rol preventivo y orientador de sus consejos en las revisiones periódicas. El hecho de compartir las experiencias de las consultas

con el grupo sirve para buscar tanto tranquilidad como consuelo cuando la experiencia no es satisfactoria. En muchas evidencias aparece la crítica, en ocasiones con sarcasmo y cuestionamiento sobre el modelo que practican, diferente al que las madres comparten y van dando forma entre ellas.

Hay interacciones que evidencian que hay pocos pediatras que sigan las recomendaciones de favorecer la lactancia prolongada, una excesiva preocupación por que los bebés cojan peso, orientaciones de recomendar cereales de marcas en concreto, lo que genera en las madres sensación de desazón por el desconocimiento de temas sobre los que ellas se sienten más formadas.

P1013A Bianca de los 13 a 15 80 gramos y el pediatra dice claro el pecho le limita coger peso

P1213A X ese lado yo con mi pediatra no tuve problema el tiempo que le di pecho, Me animaba mucho con lactancia materna

P1013A No sera q el pecho ayuda a impedir la obesidad infantil Dr?

P1213A Estan obsesionados todos con verlos amasados, Lo importante es que esten bien alimentados y estupendos de salud

P1913A Muchas veces es machake psicológico. Ya stoy sintiendo el día 5 cuando lo lleve a pesar [...]

P713A Llévate la grafica de los niños de lactancia materna que en el ordenador tiene la normal

P613A Pues ya ves! Los q critican son los q más desinformados estan

P2813A Ayer tuvimos pediatra, María C. Hubo de todo, salí con ganas de vomitar una vez más.. Pero considera q la lactancia a demanda a esta edad (15 meses) es innecesaria y lo compara con el cordón umbilical q no permite autonomía al niño

P2813A Jajajaja, y menos mal k es pro-lactancia

P613A Hola! Dile q te lo de por escrito, a ver si se atreve... Jeje

P2813A Eso pensé yo. Se mostró muy empática conmigo, pero...

P1013A Ains Salomé , Pues un poco mas de lo mismo no??? Pero de forma mas amable

P113A Ajajajajajaj Total! Ainssss mi ternerito Eso Julieta No Martina....es que ya con mi pediatra no se puede hacer nada Es un caso perdido No estoy por la lucha....es la presidenta de la asociación canaria de pediatria Imagínense!

P713A Es decir, que se cree que tiene la verdad universal

P1513A Que cruz con esta gente

P2713A Ustedes estan locas!! Dando teta a estas alturas!!!!

P113A Para que veas de quien nos fiamos

P1513A A mi me dijo q dejara de hacerle la crema de cereal, q eso no era bueno. Que le comprara de farmacia.

P113A Siiii Nestlé

P1513A Si, me dio una montaña de cereales Nestlé de muestra.

P1013A Obligando a nuestros hijos a tomar teta a estad alturas, somos lo peor

P113A A mi me dijo hace tiempo le diese mi primer danone Con marca y todo Toma ya!

P1013A Si mejor los polvitos azucarados de nestle Bufff mi primer danone, lo malo que muchas hacen caso Mamis digo A mi me dijo cualquier yogur el mas barato a ser posible q tenían menos porkerías No le dado ninguno Pensaba comprar la yogurtera pero no se Si la soja es tb mala

P1013A Si el problema es ese hay mamis q hacen a pues juntillas lo q dice el pediatra, entonces por lo menos los pediatras deberían actualizarse y recomendar lo q dice la oms y la aeped

P1913A Pero cn q clase d gente estams tratando???

P413A Sofía pásame contacto d tú pediatra para pedirle hora Jajaja Jajaja

P3513A Qué pena me da leer lo del destete indicado por el pediatra. Pero por qué, con qué justificación? Es para retorcerles la lengua, de verdad!

b. Vacunas

Las evidencias que se encuentran en torno a las vacunas se centran en el malestar que les provoca a los bebés tras su aplicación, los componentes metálicos que llevan, algunas creencias y consejos sobre la preparación de los bebés antes y después de proporcionársela, y un aviso sobre la tosferina, lo que genera comentarios en el grupo sobre todo tranquilizadores para evitar vivir con miedo a las enfermedades.

P2013B Hoy tocaba vacuna y pediatra

P113B Y que tal?

P113B Mal, yo creo que de la vacuna

P413B [...] Roberto se vacuna mañana

P113B Joo lo de las vacunas me tiene hablado sola, Mercurio Aluminioo

P2113B Noooo

P113B Son solo algunos de los componentes Sii

P2113B No digas esas cosas por favor

P113B Pues es asi Buffff

P2113B Pero hay que vacunarlos

P113B Ya

P2813B Yo aún no le he puesto a Laurita la vacuna de los 12 meses y ya tiene Cadi 16

P2913B Mamis, mañana ponemos al peque la vacuna de los 18 meses. A ustedes les suena que sea un problema que hayan comido? Por la hora a la que voy es probable que haya estado picoteando, y me da no se qué, por la digestion... aunque seguramente son cosas mias. Ustedes han oido algo de eso?

P3313B Con la misma yo soy muy bruta, pero Dani hacía poco que había comido cuando lo vacunamos la semana pasada.

P1813B Yo no lo había escuchado jamas. Es mas, a la mia la vacunan con la teta en la boca a veces asi q no creo

P3313B A mí me dice la enfermera que le dé teta según termina de pincharlo o lo pincha mientras está mamando, así que no creo que sea un gran problema

P713B No pasa nada x que coma

P2913B Ya sabia yo que eran paranoias mias...

P813B Lo del brote de tosferina es otra de las cosas que vengo oyendo desde que Alberto tenía meses No digo que no sea cierto que esa familia la tenga Pero] los chiquis están vacunados desde los dos meses al menos con una dosis Ya si son mayores mejor porque tendrán los refuerzos también] la mayoría de casos de sospecha de tosferina no llegan a confirmarse como tales finalmente Así que a vivir la vida tranquilamente, que no se puede estar continuamente con el miedo pegado al cuerpo

P713B Lo del brote de tosferina anterior si fue verdad xq yo estaba embarazada y trabajando y nos mandaron una circular interna Aunque estés vacunado lo puedes coger pero más suave los síntomas El problema lo tienen las personas mayores de años creo recordar, xq antiguamente no se vacunaban

c. Malestar general

Los bebés caen enfermos y el grupo se muestra activo y receptivo ante las preocupaciones de las madres sobre la fiebre, los síntomas, las solicitudes de consejo, la duración de los procesos, lo que se considera normal o normal en el comportamiento de los niños y niñas enfermos, el interés por la evolución de cada bebé y los procesos de contagio dentro de cada familia. El grupo responde con prontitud e interés, aportando la mejor información o experiencia para tratar de ayudar a las madres y padres que pasan por el duro trance.

P1013C Bianca despertó con 37.8

P913C Q tiene Lara??

P1013C Pues no se pero no quiero arriesgarme a q pegue algo a otro bebé o le suba mas

P1013C No tiene mas sintomas Ooooooh Que penilla Pero vamos..... [Imagen]

P1013C Activa esta....Después de un baño refrescante....

P113C Ni la fiebre la tuba! ! Tumba

P1013C No se queja mucho solo llorosi cuando tiene fiebre

P1013C Y no le sube tp mucho la fiebre 38.8 maximo. No le visto nada

P1913C Tngo a Alberto cn un resfriado dl 15, algún remedio o sólo paracetamol cm ls adultos, p sea,apiretal? El pediatra m dice q sólo suero fisiológico pero ni m deja ni es suficiente ahora mismo

P1913C Anoche llorando mucho xq n podía respirar, Y hoy se le caen ls mocos. M da una penita

P1913C A ver...nuevo dato d mi madre pa levantarm el ombligo... N se debe dejar dormir mucho si tiene fiebre xq es peligroso... ?" _???? Alguna sabe algo ? Cuando estas malo kieres dormir,no? Y cuando tienes fiebre mas

P1013C Es normal que duerma mas. Cuando tu tienes fiebre estas agotada no?Pues igual

P1813C Mi madre siempre dice lo contrario... que si esta con fiebre q duerma mucho para descansar y mucha teta para hidratarse

P1913C Pues m dice q intente mantenerlo despierto

P1813C Cada vez que la peque ha estado mala, se pasa el dia diciendo... ay, menos mal que aun le das teta..

P1913C [...] pero tenia fiebre? Alberto esta cn 39 dsd ayer y [...] nunca se le va la fiebre. Total q tiene infeccion d oidos x tods ls mocos q tiene ahi dentro dsd hace tanto. M mandaron antibioticos y voy a tener q darselos a mi pesar,pero tengo la duda d la leche

P1513C La otitis son en muchos casos de origen virico, no precisan antibióticos ,incluso en casos bacterianos se pueden evitar A mi me gusta esperar un poco a ver como evoluciona. Pero depende de como esta el peque tb. Pero es q hay muchas otitis q se resuelven solas. Tiene muchos mocos? Esta muy trancado?

P1913C Pero es debido a su probkema d vegetaciones, Sii Muchos mocos. Respira x la boca,le cuests comer, tiene apnea Y sobre todo la fiebre q n le baja, Buffff ,m va a dar algo. Alberto ya pasa d 39,5. [...]

d. Accidentes, golpes y caídas

Al igual que las enfermedades, las noticias de los accidentes y percances de los bebés son comunicados al grupo que generan reacciones tan variadas como el tono con el que se comunican: sustos, angustia por ver que los bebés van a empezar a caminar, admiración de ver que los bebés salen ilesos, y resignación por no poder adelantarse a los accidentes por mucha prevención que se tenga, a la vez que la expresión de lo negativo de coartar el movimiento de los menores.

P1013D Bianca se estrelló . Menos mal q cayo encima un pósito y un zapato y solo fue susto

P1213D Que le paso?

P1013D Pues se fue a bajar del sofá no se como.....m..Pero nada sólo susto

P1213D Ayyy madre! Miedo me da que Nereida empiece a caminar

P113D Luisillo nos dio un susto el otro dia, Menos mal super suerte y cayo cabeza en cojin grande que tenemos junto a la cama. Ya se sube Pero se fue hacia atrás, Casi me muero Pero el cayo en cojin y siguio tan campante

P113D Y yo con estomago al revés

P913D Nos destartalan la barriga

P113D Y corazón a mil

P1913D Niñas,se cayó Alberto d la cama!, Dios stoy descompuesta! Q gans d llorar! En un seg Se dio en la cara,, oí un taponazo!Y en un despiste tontisimo...

P1013D Todos se caen. No te culpes

P413D Roberto tiene el máster

P1913D Bufffff,q chungo! Es tan pequeñito

P1013D Bianca tb

P1813D Natalia también se ha dado dos buenas caídas.. en una se mordió la lengua y estuvo sangrando un buen rato. Y con la marca de los dientes en la lengua estuvo días...

P1013D Andrea hay q tener mil ojos y cuidado con las alturas. Enseñarles a bajar y aun así se pueden caer alguna vez lo crieres como lo crieres

P1813D Claro, hay que tener cuidado, pero accidentes nos pasan a todas...[...]y se le olvidó poner unos cojines grandes que tenemos para que no pudiera caerse.. y fue de boca al suelo... y fue solo un día el olvido...

P1913D Ya..yo lo tenía protegido...sólo m kedo un hueco x despiste y sol salir un seg Joo,y mi madre va a venir...y le va a ver la cara roja...

P1913D Y q le digo!???

P613D Es que son unos exploradores! Sobre todo del peligro

P613D Q bebe no se ha caído, con los mimitos se le olvidará seguro

P1913D Es su primera caída Ú

P1013D Andreaa pues q se cayó como todo niño

P613D El mío se cayó esta mañana y tb dramón pero al rato como si nada...

P913D Pues le dices q sí,q se dio un golpe y ya está

P1013D Ojala no paRomina nunca pero pasa forma parte del aprendizaje

P1013D Si te dice algo pregunta si tu nunca te caíste o te diste un golpe

P1213D Se acaba de pillar un dedito

P2813D Jo, pobre Lara!! Para con la cara todos los golpes... Mi niña [Imagen]

P1013D Y menos mal q esta sentada esta vez

P913D Juan se acaba de dar un porrazo En el labio Parece Yola ɛ No llegó a partírsele Tiene la burbuja de sangre

P713D Ponle frio para que no se le hinche

P913D Eso inteno Martina pero no se deja

e. Remedios caseros y naturales

En el grupo son frecuentes los intercambios de remedios caseros y naturales, tanto por la conciencia de evitar los medicamentos como por la conciencia ecológica de confiar en la naturaleza. No obstante, hay revisión de algunos remedios tradicionales por otros naturales con más base clínica: mejor la euphrasia que la manzanilla para el lavado de ojos, o dejar de introducir la ramita de perejil en el ano para provocar deposiciones.

Hay una verdadera botica de la abuela en las interacciones como la cebolla para ayudar a respirar, los lavados nasales, cosas frías para morder y evitar desazón en dientes, aceites, recetas con kuzu para el estómago, limonadas alcalinas (evitar el acuario), manzana asada para las gastroenteritis, paños húmedos para la fiebre, ajo frito como antibiótico, citronela o vinagre para ahuyentar mosquitos, maizena, lanolina y jabón de Alepo y productos con caléndula para las irritaciones de los culitos.

Aparecen destacadas las propiedades curativas de la leche materna aplicada tópicamente para curar irritaciones oculares, otitis, irritaciones en culitos o eczemas.

P1513E [...] yo probaría manzanilla y/o leche de la teta [...]La leche de la teta es lo q mejor le va.

P1213E La manzanilla es muy buena tb y suero fisiológico tb puedes

P2213E la lechita de teta para todo, para la otitis tb se la he puesto a Mario

P1913E Probaré cn teta. Tb Viva la teta!!! Directamente en el ojo? Cn una gasita?

P2213E si, apunta y chinga directamente

P1513E Jajajaja eso eso

P113E Cuidado con la manzanilla en los ojos

P1713E [...] Chicas manzanilla en los ojos noo, Puede infectar

P1013E Manzanilla mejor no. Leche prueba leche materna y a ver q dicen mañana

P913E A Juan la euphrasia le va muy bien

P1013E Aparte de árnica que mas hay para moratones?

P213E El sustituto d la manzanilla es la eufrasia, la manzanilla puede infectar porque hay restos muy pequeños q pasan por el colador

P3213E La leche materna va genial para la conjuntivitis...es casi mágica. A mi el pediatra me mando una vez manzanilla y se le puso peor

P1213E Probaste con la leche del pecho?

P1913E Si si. Esta mñn leer limpié cn suero y luego leche

P1913E Ahora n se kien dijo lo d la otitis,pero sta bien saberlo x Si acaso. Tb directamente dntro dl oído???

P1513E Si. Dentro del oído

P1213E [...] con lo que la podía ayudar a sacar la caca era echándole aceite y cuando ella lograba hacer flexionar sus pies unos segundos pero se pass msl

P1913E Julia yo siempre he visto lo d la ramita d perejil cn aceite en el culito,pero para bebés pequeños y tampoco se q base científica tendrá... Tampoco creo q le haga daño

P1613E Respecto a lo de introducir hierbas o termómetro en el ano de los bebés hace poquito Inés [enfermera pediátrica] dió una charla en espacio vida y lo desaconsejó por riesgo de fisuras o incluso desvanecimiento si se toca alguna terminación nerviosa cercana [...]

P2713E [...] eso no lo hagan!!!

P3113E El kuzu es una maravilla

P113E Siidesde el kuzu....amen! Jajajajaajaj bendito kuzu

P3113E Aunque estes mejor repite kuzu y verás que bien Con el zumo de manzana

P113E Me podre tomar otro esta noche?

P3113E Claaaaro. ..no es q puedas es q te va a sentar genial. Por si Diego D. no se los contó lo pongo tamb x aquí.

P3113E El kuzu xa cuando hay vómitos, acidez,malestar x pesadez de estómago, diarreas y en general problemas digestivo– intestinales se hace con zumo de manzana. Si es bio mejor xo si no no pasa nada. Se calienta el zumo y a parte se disuelven un par de cucharadas de kuzu en un poco más de zumo o de agua puede ser del tiempo.

*P113E P1 Recuerdan ronchas Luisillo detrás rodillas? Pues con más veces al día de le che materna casi no queda rastro Increíble verdad? Como estaba y que sea tan rápido. ...pero me queda averiguar de donde viene Porque no es la primera vez
P1913E La leche es magica entonces! Q no hay q cure?*

P3513E Y un remedio casero buenísimo es pelar un diente de ajo y picarlo, dorarlo en un poquito de aceite de oliva virgen extra, colarlo y cuando el aceite se enfríe dárselo a cucharaditas. El ajo es un antibiótico natural maravilloso y de esta manera el aceite se impregna de todas sus propiedades.

P113E Mmmmmmm E hidratada

P3313E Chicas, ya sé que han hablado mil veces del tema, pero yo no he hecho los deberes y no he estado atenta. Tenemos un mosquito puñetero que nos tiene a Dani acribillado, yo no quiero usar insecticida Qué me recomiendan?

P113E Uy. ..pues yo tampoco...así que

P4313E Pon un vaso lleno de vinagre en la habitación

P4313E O se puede poner Citronela Q repele los mosquitos

P1113E Sofia, si le da el pecho, lechita!!!, espectacular lo cura todo y sino mejora!!!!... De la cosas que enseña Magdalena!!!!...

P3313E Dios mío, me despisto un rato y hablan de tener hijos Lo de la leche materna suelen recomendarlo en bastantes sitios

P1613E Magdalena nos recomendó leche materna y jabón de Alepo para lavar. Es un jabón de aceite que se encuentra en herbolario [foto pastilla jabon] Lavar el culete... Cuando Andrea era pequeñita y tuvo irritación lo que mejor le iba era leche del final de la toma y aire

f. Homeopatía y probióticos

Siguiendo la tendencia no intrusiva de usar fármacos, se producen muchas evidencias en torno al uso de remedios homeopáticos, alusiones a la consulta homeopática de Sergio S. y al uso de probióticos para favorecer el aumento de las defensas. Las evidencias comentan el éxito de algunos productos y la manera de administrarlos a los bebés. No hay ninguna evidencia negativa, todo lo más, se reconoce el efecto a largo plazo, como preventivo, de los probióticos.

P113F Chamodent. Es homeopatica Se compra en farmacia. Va genial!!

P113F El Chamodent va genial Andrea

P613F Ese no lo conocia

P113F A Luisillo le ha ido muy bien...mano de santo que se dice

P1913F Sofia el chamodent es en granulos?

P1513F Si'

P1213F [...] para los dientes saben como dijo que le dieramos la chamomila?

P313F 5 granos disueltos en medio vaso de agua, y cucharadita cada dos horas. Si no me equivoco era así

P3113F 5 granulos disueltos en un cuarto de vatio de agua y darle a cucharadas cada 5 minutos e ir espaciando cnd mejore

P913F Yo siempre pruebo primero con homeopatía, Y le ha funcionado [...]
P1813F Chicas, vuelvo a lo mio de siempre.. perdon... jejeje... el symbiolact cuanto tarda en hacer efecto???
P1813F 3 meses para que sea estable creo, pero en notar los primeros efectos....?
P1813F Nosotros llevamos solo 11 dias tomandolo
P2913F Aprovecho para preguntar porque no me quedo muy claro... el simbiolact para que se recomienda? Trastornos digestivos?

P813F Yo es que soy poco de homeopatía [...]
P2913F Empezamos a tomar ambos simbioflor 1 hace una semana... [...]
P3513F Los probioticos no son medicamentos.
P2913F Yo nunca habia probado probioticos, es la primera vez... la verdad es que incluso pense dejar de darselo
P813F A mi es que los probioticos nunca han conseguido mejoría más rápida que sin tomar nada
P1513F Dale tiempo
P2913F Ya, lo veia como a largo plazo... solo me preocupa que no le sienten bien

P1113F [...] de homeopatía también hay para los mareos de viaje, para mami Cocculine y para los peques Cocculus, 5 gránulos disueltos en 3 mg de agua y le das una cucharada unas 12 horas antes de viaje y otra una hora antes del viaje del mismo preparado y durante el viaje también le puedes dar, nosotros hace poco nos fuimos y a la peque le funciona ni se enteró!!, y a mi de me olvido comprarme para mi y me tome 2 gránulos de la misma y no me entere!!!...

g. Prevención contra las medicinas

Las interacciones del grupo dejan evidencias de que también se hace uso de las medicinas convencionales, pero son frecuentes las reticencias, prevenciones y negaciones absolutas respecto a su uso, especialmente con los antibióticos y con algunos antipiréticos (el ibuprofeno). De manera general no recomiendan el uso de antipiréticos antes de alcanzar la fiebre un nivel alto, dado que no se quiere interrumpir la acción natural del cuerpo ni engañar su funcionamiento con elementos que desregulen su ritmo.

Hay alertas de información sobre perjuicios de algunos medicamentos y sobre sus componentes.

P1513G Q te dijo q le pusieras? Tobradex?
P1913G Si,tobrex
P1913G Ya le si el apiretal para q n le subiera ms [...]
P1813G Pero eso tb con casi dos años? O solo para mas peques?
P1813G Tmbien probamos con eupeptina, pero no se la toma mezclada con nada. Se da cuenta de que esta asi que... ni por ahi nos libramos. [...]
P3113G Pues ni idea con esa edad... pobre. .
P1413G Aunque también dijo q si se ve q la temp sube se de apiretal. Q con un bebé no se corran riesgos con la fiebre

P1913G *N kiero darle medicinas!!!*

P2813G [...] *Las medicinas están para cuando hacen falta... Seguro q mejora con el tratamiento... Estos peques son muy fuertes*

P1013G *Andrea animo a veces no queda mas remedio que medicarles*

P1913G *Bufffff,ya se lo compre pero n se lo voy a poner. M parece muy agresivo [...] N se.. Se q algo ms necesita,pero n atrevo*

P1913G [...] *y le mandan medicamentos. Se lo cmpre xq veo otra cosa q n veia antes,pero ya n se. Creo q necedita algo ms q suero .*

P1413G *IMPORTANTE: El otro día al terminar la charla de Sergio S. dijo que la Vitamina D3 de la casa Kern Pharma tiene el aditivo E-312 que al parecer es de los que es más conveniente evitar. Recomendó no dársela a los bebés. En su caso comprarla de otro laboratorio. Perdón E-321*

P213G *Pero la vitamina d aquí no es necesaria no?*

P3013G *Nosotros tuvimos pediatra hoy para la revisión de los 6 meses [...]*

P1813G *A mi me la recetaron pero como nos daba mucho sol y ademas nacio en agosto que hacia tan buen tiempo pues no se la di. Siento no poder ayudar mas..*

P2913G *Pero lo que no me gusta... Dalsy para una garganta irritada? Sin fiebre ni malestar? Y con diarrea? No se, yo no lo veo, pero como no quiero ser extremista... ustedes que piensan? Por lo demas, despues de 9 dias de proceso viral, observacion, y si acaso, suero, era lo que esperaba. Pero lo del Dalsy me ha "matao". Soy una exagerada?*

P813G *Te manda Dalsy porque es antiinflamatorio Ara. Yo no daría Dalsy con el estómago hecho un desastre porque el destrozo puede ser importante*

P3613G [...] *Con respecto al ibuprofeno yo tampoco se lo daría. Me inclino por el apiretal si está molesto.*

P1913G [...] *solo se le baja un poco cn el apiretal [...]*

P1513G *Pues entonces puede ser que si sean necesarios.*

P713G *Dale apiretal [...]*

P1713G *Sólo se recomienda medicarla si el bebé/niño tiene mucho malestar*

P513G [...] *habra q recurrir a la farmacologia....es mi opinion....*

P1913G [...] *Al menos gané algo d tiempo hasta q hizo 5 horas para darle rl apiretal*

P2913G *Pues yo creo que lo vigilas muy bien y si haces todo eso lo haces estupendamente. Si aun asi está asi de chuchurrio... apiretal. Tampoco hay que tenerle miedo, solo evitarlo si se puede. Pero si has intentado lo demas y sigue subiendolo... hace falta.*

P1713G *No le di nada porque con 39 estaba así, Pero si hubiera estado quejándose mucho/planchado hubiera recurrido a un antitérmico*

P1913G *Ufff,yo es q al ibuprofeno le tngo panico. A mi m ha dstrozado el estomago asi q darselo a un bb m parece impensable*

P3313G *Qué bonito cuando los especialistas solo te cuentan una parte de lo que te pasa... En fin, prueba a pedir cita con Alberto.*

P913G *Ara al niño de mi amiga le ha pasado varias veces,y le han dicho q es x el catarro,q el moco se le va la articulación. También le mandaron ibuprofeno,pero yo,al igual q las demás, soy más de otras terapias. Ánimo mi niña*

h. Embarazo y parto

Este apartado está relacionado con la salud, y por lo consiguiente dentro de esta categoría, incorporamos tanto las alusiones a los dolores, dificultades y molestias, como los comentarios relacionados con el estado psicológico de las madres en los aspectos relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio, y las actividades de las que quedan excluidas las lactantes, como poder dar sangre. Como grupo dispuesto a prestar ayuda y compartir conocimientos, aparecen evidencias de las experiencias habidas durante el embarazo y las diferentes circunstancias del parto. El enfoque en defensa de los derechos de la parturienta implica varias prácticas deseadas en un parto natural, como el piel con piel.

P1013H Bufffff pues en pleno puerperio x supuesto Yo lloraba x todo

P1013H Aun lloro al recordarlo

P1213H Y yo pero bueno cuando estoy de bajón la miro y se me quita

P1813H Hace poco leí q una mujer q ha tenido un parto duro y una lactancia exitosa, es una heroína...así m considero

P1813H [...] Y en el parto las contracciones fueron un paseo al lado de lo que me dolía eso [...]

P1913H [...]mi parto fue un horror y mucho ms doloroso en parte x eso [...]

P3613H Hola. La mamá se suele sacar la leche y se le da por sonda hasta q la niña sea más madura y tenga el reflejo de succión Espero q todo vaya bien! Ojalá aguante unas semanitas más Ahora a mimar y a animar mucho a la mamá

P813H Salomé tiene que ser Santa Catalina porque sí? O puede elegir? Yo si fuera a parir a un prematuro me gustaría que naciera en el materno. Mejor infraestructura y mejor equipo médico. Las guerras con el personal las va a tener en cualquiera de los dos sitios. Ninguno de los dos hospitales tiene protocolos de cuidados madre canguro ni NIDCAP.

P3613H La unidad de neonatos ha cambiado mucho a mejor la verdad. De todas formas q se informe en estos casos puede solicitar al seguro q sea trasladada al materno. La mayoría de los seguros lo permiten

P113H Buenas noches Salomé. ...En primer lugar no demos nada por sentado. ...cuando estaba embarazada de Luisillo me paso lo mismo y me ingresaron también. Estuve con tocolíticos porque tenía contracciones efectivas y se me acortó el cuello ...También me inyectaron corticoides para madurar pulmones del bebé porque tod@s en el materno me decían nacería prematuro [...]

P113H Buenas noches Salomé. ...En primer lugar no demos nada por sentado. ...cuando estaba embarazada de Luisillo me paso lo mismo y me ingresaron también. Estuve con tocolíticos porque tenía contracciones efectivas y se me acortó el cuello ...También me inyectaron corticoides para madurar pulmones del bebé porque tod@s en el materno me decían nacería prematuro [...]El caso es que nunca se sabe En cuanto al piel con piel, la teta etc Si fuese prematuro o en cualquier caso porque es para todos los bebes tengo información legal sobre la que apoyarse Yo en primer

lugar le preguntaría si quiere informarse porque hay mamás que no quieren Y hay que respetarlo Si fuese el caso me estoy enrollando por aquí....A...te envío privado

14. PRODUCTOS NATURALES

Las interacciones del grupo se centran en muchas ocasiones en el conocimiento que tienen sobre productos de consumo habitual pero siempre con una orientación ecológica y saludable. Esta conciencia *ecológica* se aprecia en evidencias como la elaboración casera de jabón líquido para lavadora, la copa menstrual que sustituye a las compresas, el desodorante natural de piedra de alumbre, el tema central de los pañales de tela y biodegradables y finalmente los productos que hay que evitar o vigilar su consumo. Siempre que se comparte información se hace por algún beneficio dentro del sistema de valores del grupo.

a. Jabón y elaboración de jabón

El grupo comparte el conocimiento que tiene respecto a productos naturales, como en este caso, la elaboración de jabón para lavadora partiendo de escamas de jabón neutro. Se justifica la elaboración por la sostenibilidad (combinación de precio más respeto al medio ambiente).

P1014A Me lo recomendó una amiga, media bolsa diluida en 8l de agua caliente, agitar, dejar enfriar y jabón para la ropa [Imagen]

P1014A Voy a probar

P914A Es el jabon de toda la vida, Yo no lo he probado pero he oido q es muy bueno

P1214A Mi suegra lo usa Ee buenísimo

P414A Jabón lagarto para los dientes ?????!!!! Jajaja Jajaja Jajaja

P114A Y sirve para lavadora?

P1014A Si sirve para lavadora

P3014A Gracias Renata ! Me interesa un montón, es tan Constanza el jabón líquido...

P114A Yo lo vi igual en mercadona tb

P414A El jabón sólo para adultos, ,no?? Para los pequeños hipoalergenico???

P3014A Yo uso ese en pastilla, para lavar las manchas de caca de la ropa , y después un hipoalergenico

b. Copa menstrual

El conocimiento de algunas madres del grupo sobre informaciones muy específicas llega a sorprender a otras madres, como en el presente caso. Las razones del uso de la copa menstrual tienen que ver con la comodidad, con la higiene, pero también con el medio ambiente al evitar el uso de compresas y tampones.

P114B Pues yo intentando ponerme una copa menstrual Y Luisillo Imagina Más idílico

P1714B Jajajajaja En transición todas!!

P114B Hoy es de esos días

P1814B Jajajaja... la copa... ni me acuerdo d lo que es eso

P1814B No me la pongo desde el 2011 que fue mi ultima regla "normal"

P414B Jajaja Jajaja creo q voy a alquilar mi copa menstrual y mi mesilla hasta q las pueda volver a usar Jajaja

P2114B Que es "copa menstrual"??

P2014B Ni idea

P3814B Pregunta aun mas tonta..... Que es la copa menstrual?

P414B Es un como un vaso d chupito pero para recoger la menstruacion. No hay nada más higiénico, ecológico y saludable. Sofía las vende. Yo ya tengo la mía. Aunque todavía no me ha vuelto la regla. Si quieres te alquilo la bolsa Julia Jajaja

P814B Julia la copa la puedes meter en alguna bolsita de tela de estas de pendientes o Dentro de un neceser envuelta en papel de cocina si quieres...Vamos, tampoco te mates mucho por la bolsa

P514B Un conito para la regla!!! es una especie de cono q se coloca en vagina y la regla va goteando.... lueo se quita y se lava es reutilizable....y elimina los riesgos del.tampon!!!

c. Desodorante

El grupo responde a las preguntas sobre productos naturales, en este caso, sobre desodorantes sin química.

P1014C Pregunta a ver si alguien sabe, desodorante efectivo sin parabenos y otros ingredientes tóxicos?

P114C Desodorante de alumbre

P1014C Alumbre es marca? Donde se compra?

P114C En farmacia, supermercado. ...No Es una piedra Hay diferentes marcas

P1014C Y q es rolon??

P114C Es una piedra

P1014C Xq me mancha ka ropa con el sudor

P114C Si especie rolon Nooo...No marcha!

P1014C Ahhhh miraré a ver

P114C Mancha Ok!

P1014C Probare gracias

d. Pañales

Los pañales generan una gran variedad de evidencias matizadas por aspectos que determinan la elección del pañal para los bebés como son su composición (*pop in* o de tela, desechables o de un solo uso y biodegradables), las marcas y ofertas de pañales en el mercado, las tallas, las dificultades que expresan las madres a la hora de ponerle el pañal al menor y las acciones que realizan para poder ponérselo.

P2214D los de Eroski tuvieron un fallo en el catálogo y están los paquetes a 1 € Y no pone nada de hasta fin de existencias Así que si no hay te los tienen que traer y respetar el precio del día. Es sólo hoy

P2114D Una amiga ya fue u reservo 30 paquetes

P1814D Jo, yo no puedo ir [...]aprovechad las demás jajajajajaja

P1714D [...]Nosotros pañaleamos sólo con tela desde que mi niño hizo la hora de nacido

P1814D Uso los pop-in menos por la noche que ya no me aguantan.

P214D Habría q ver como son los elásticos d las piernas, A mi m gustan más con cierre lateral o sin cierre

P214D Julia les pones el abs d noche??...Yo es q popin no uso

P814D Y tema pañales... Las fugas vienen siempre por tres posibles motivos. Uno; lavado inadecuado o tipo de material absorbente...

P814D ...inadecuado a la etapa, dos; colocación incorrecta...Los pañales de tela ajustan a la ingle. Al colocarlos hay que verificar que queda completamente pegado en esa zona...y tres; algunos pañales no van bien a algunos niños sobre todo con poco muslo. El patrón no permite ajustar bien a las ingles y fuga al canto Ea! Se acabó el master que mato de aburrimiento al personal.

P1014D Yo corriendo tras ella x toda la casa

P114D Eso es Ni Pino puente

P1814D Yo sudo para ponerle pañal.. cuando casi estoy da un salto para darse la media vuelta y a empezar de cero...

P1014D Ayer no se quería poner el pañal y se dio un cabezazo contra la pared

P1014D Ni de pie no sentada ni acostada....Un día la dejamos un rato sin pañal y hizo caca en los juguetes

P1714D Pop in no nos convencen

P1914D uf q lío ls pañales! Yo se ls compre en mercadona para amino

P1314D <http://pequesymamis.blogspot.com.es/2013/04/la-ocu-analiza-los-panales-de-bebe-y-el.html?m=1> [Imagen] Les dejo esta comparativa en pañales. Besos□

P1914D A mi tb m cuesta un mundo ponerle el pañal,y buffff estoy sintiendo cuando camine...ayyy yesica parece q estoy viendo a Alberto metido dentro d un cajón y rodando sillas cm la tuya

e. Productos que hay que evitar y alternativas

En los comentarios que hacen las madres del grupo sobre el cuidado que se debe tener con los productos que se consumen cuando se tienen bebés, aparecen cuatro que generan muchas interacciones de información específica y desaconsejan su uso: las alfombras de colores tipo puzzle, algunos antimosquitos, algunas cremas de protección solar y medicamentos antimareos en estado de gestación.

La experiencia contrastada y la gestión de información muy precisa son la tónica general de las interacciones.

P914E Catalina ...La alfombra tipo puzzle en la q está Miguel Tengo entendido q las retiraron xq son tóxicas Y no fui la única a la q le llegó la información : Igual ésa es distinta Pero x si acaso te lo digo

P1714E Gracias!! Se la compré hace 2 semanas en Lifer, Son alemanas, nada que ver con las made in China que tenían material volátil. Había evitado tener de este tipo hasta que di con estas. Les pongo el estudio de la OCU De las 10 que analizaron, la única segura fue la de Eureka Kids. Fue en el 2009 Pero estas sustancias están prohibidas desde 2011, De todas formas algunos bazares siguen teniendo este material

P1714E Detectan sustancias peligrosas en nueve de cada diez alfombras de juego para niños – 20minutos.es – <http://www.20minutos.es/noticia/529253/0/peligro/alfombras/ninos/>. Productos químicos en juguetes – OCU – <http://www.ocu.org/consumo-familia/nc/articulo/productos-quimicos-en-juguetes>. Aquí! En anexos lo podeis descargar Los formaldehidos son volatiles

P2914E Mamis, alguna conce algun repelente para pulgas que valga para bebes? bueno, mayorcito, de 19 meses. Y para la mama! Que en 15 dias vamos a una granja y me han advertido que acribillan . Me dicen para mosquitos, pero para pulgas nadie sabe

P1814E Para pulgas ni idea. Yo preguntaria directamente en tienda de animales. Vamos, en un veterinario

P414E Sí quieres pregunto a mi veterinario per creo q el árbol dé té

P3314E A lo mejor podrías poner frontline en la habitación donde se queden ustedes. No sé si es una buena opción, pero se me ocurre eso.

P414E Nosotros usamos un preparado homeopático que me prepara mi veterinario

P114E [Imagen] Esta es la crema Luisillo Dicen es menos porquería que otraa Ustedes cual usan para bebés? La OCU advierte de que algunas cremas solares tienen menor factor de protección del anunciado RTVE.es <http://www.rtve.es/noticias/ocu-advierte-algunas-cremas-solares-tienen-menor-factor-proteccion-del-anunciado/> .shtml Y como todos los domingos no pudimos resistirnos al helado de leche de cabra con fresas y albahaca

P1714E Buenos días!! Foto de los componentes de la crema Sofía

P1014E [Imagen] Uso esta pero me interesa la tuya

P1714E Baños de sol con consciencia. Protección solar sin tóxicos | Mis Recetas Anticáncer <http://www.misrecetasanticancer.com/> / /banos-de-sol-con-consciencia-proteccion.html?m= Antes de comprar otras cremas, les sugiero la lectura

P714E Ponle la que no tiene dióxido de titanio, es lo que yo haré con Raico [Imagen] [Imagen]

2. Resultados de la pregunta deductiva

- *Cuáles son las evidencias que permiten afirmar que se realizan en ese grupo prácticas de crianza natural?*

Tras la codificación siguiendo las categorías deductivas, los temas sobre los que las 40 personas participantes en el grupo conversaron en los meses que van desde abril a agosto de 2014, se han recogido un total de 559 en el siguiente número de evidencias por cada tema:

1A. Cuidados del embarazo	7 evidencias
1B. Parto natural	3 evidencias
1C. Contacto físico	96 evidencias
1D. Lactancia materna	153 evidencias
1E. Colecho	30 evidencias
1F. Cuidados del bebé	270 evidencias

En tabla 42 se especifica el número de intervenciones por participante y temas donde se aprecia el grado de participación de los diferentes miembros del grupo en los distintos temas y categorías.

Tabla 42: Resultado de número de Intervenciones por Participantes y Temas de las Categorías Deductivas

PARTICIPANTES	1A	1B	1C	1D	1E	1F	TOTAL
P1			13	6	2	29	50
P2			2			12	14
P3	1					4	4
P4	1					7	7
P5				5		1	6
P6			8	4	1	3	16
P7	1		1	12	1	9	23
P8			10		2	18	30
P9			9	5	4	10	28
P10	1		14	23	8	40	85
P11		1		1		2	4
P12	1		3	18	2	7	30
P13							0
P14			1				1
P15				4		5	9
P16					1	2	3
P17			13	4	1	16	34

P18			2	7	3	21	33
P19			7	7	3	19	36
P20			2	6		4	12
P21			2	11		6	19
P22						4	4
P23						2	2
P24							0
P25							0
P26							0
P27		2	1	1		8	12
P28	1		1	11	2	1	15
P29	1		1	3		9	13
P30				3		5	8
P31			1	1		1	3
P32							0
P33			4	15		20	39
P34							0
P35				5		2	7
P36			1	1		3	5
P37							0
P38							0
P39							0
P40							0
TOTALES	7	3	96	153	30	270	559

El nivel de participación del grupo en los temas rastreados desde las categorías deductivas representa el 11% de la totalidad de las evidencias recogidas (559 de 4.940).

Respecto a las evidencias por cada tema, el hecho más significativo es la poca cantidad de evidencias relativas a Cuidados del embarazo (7) y Parto natural (3). Ninguna persona arroja evidencias en todos los temas y sólo cuatro personas lo hacen en 5 temas. En el resto de los cuatro temas, un 24% participa en ellos. En la figura 23 podemos ver un resumen gráfico del grado de participación del los diferentes miembros del grupo en los distintos temas.

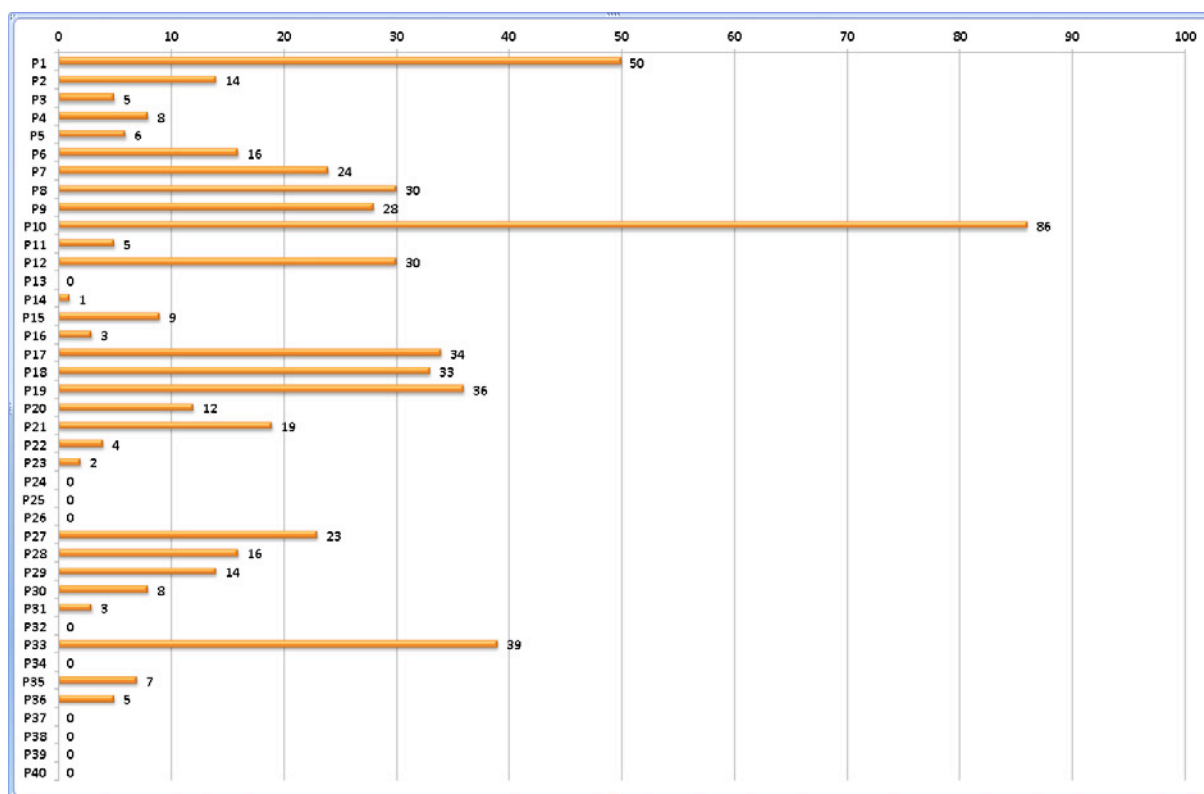


Figura 23: Resultado de Número de Intervenciones por Participantes de las Categorías Deductivas

Estos datos nos ofrecen una participación desigual entre los temas, con un protagonismo acusado en algunas personas participantes en algunos temas, y una concentración en el tema de Cuidados del bebé (270 evidencias), según podemos ver reflejado en la siguiente gráfica (figura 24) con el número de intervenciones por categorías temáticas donde se observan las participaciones en los distintas categorías presentadas de menor a mayor número:

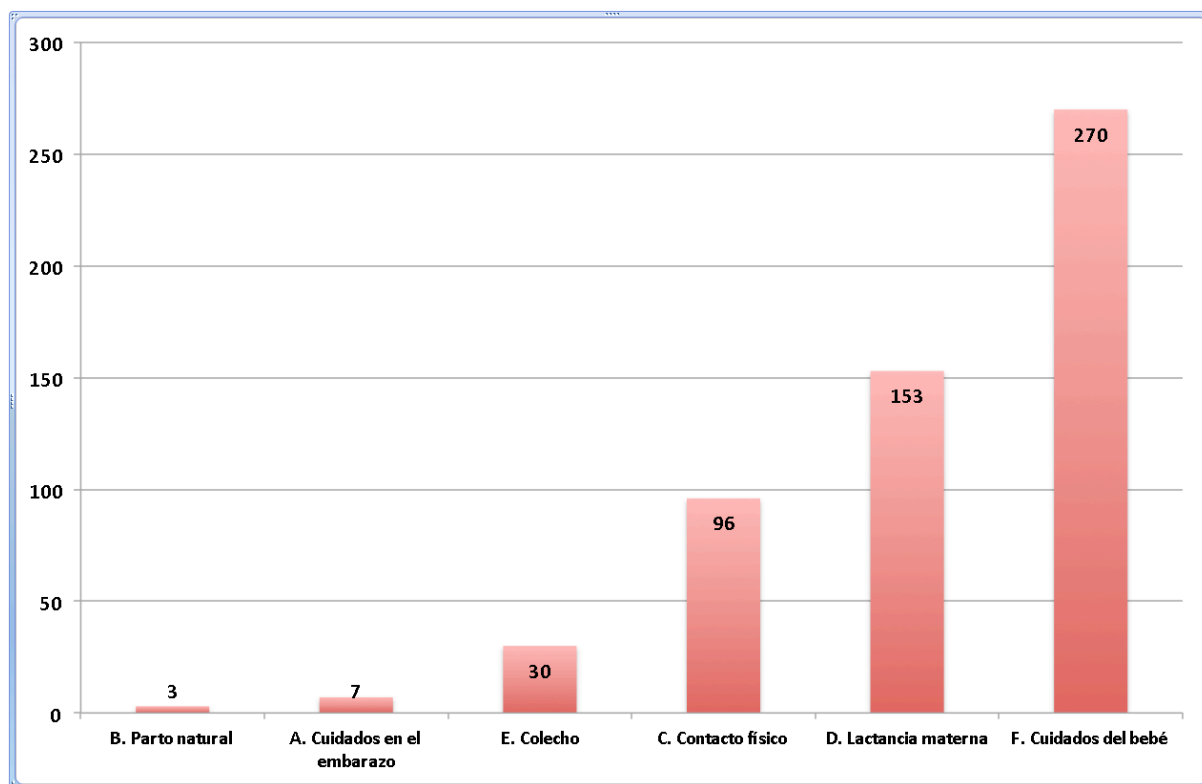


Figura 24: Resultado de número de Intervenciones por Categorías Temáticas de las Categorías Deductivas

1. PRÁCTICAS MÁS REPRESENTATIVAS DE LA CRIANZA NATURAL

En esta única categoría se incluyen las evidencias relacionadas con las subcategorías deductivas relacionadas con las prácticas más representativas del modelo de crianza natural: cuidados en el embarazo, parto natural, contacto físico, lactancia materna, colecho y cuidados del bebé.

La elección de estas categorías deductivas se hizo considerando las prácticas de crianza natural definidas en el marco teórico, las prácticas de crianza natural confirmadas en la investigación cuantitativa como predictoras/descriptoras del modelo y las prácticas declaradas en el grupo de *WhatsApp* analizadas en la investigación cualitativa.

a. Cuidados en el embarazo

El embarazo es un tema poco tratado, y cuando se trata nunca se hace de manera directa y personal, aparece de manera tangencial e incrustado en otro tema del que se venía hablando y nunca amparado por un contexto temático, como ocurre con otras categorías.

P301A Cuando me quedé embarazada, aparte de dormir, vomitar y salir a caminar, me pasaba el día en pinterest. Todavía le estoy haciendo a Dani un móvil para ponérselo encima del cambiador... Lo heredarán los hermanitos o las hermanitas de Dani

P2901A Yo para "embarazarme" hice una dieta que me recomendo el homeopata, en muchas cosas en misma línea que Sergio S. y Diego D. . Echaba de menos los lacteos [queso a todas horas] y la carne pero la seguí a rajatabla... mi "truqui" era reservarme un buen queso y una carne de película para el fin de semana. Me ponía las botas y con esos caprichitos vivía contenta, el resto de la semana me portaba bien. Que sepan que justa al cabo de un mes, como dice Sergio S., empecé a bajar kilos.

P2801A Hola a tod@s!! A ver si alguien me puede dar algo de información... Mi prima tiene semanas de embarazo. La han ingresado con reposo absoluto xq ya tiene contracciones y dilatación del cuello del útero. La están medicando para controlar las contracciones y acelerar el desarrollo del bebé. Ya le han dicho q se tiene q quedar allí (Santa Catalina) hasta q nazca la niña. La cosa es q se prevee q sea prematura y no sabemos como se puede conciliar incubadora y teta. O los derechos q tengan los padres. O no se, las opciones q existen en ese caso.

P401A Y aceite del árbol del té y de orégano como repelente Llevo haciendo esto desde que estaba embarazada, Resultado probado en nuestro caso

b. Parto natural

El tema del parto no es algo sobre lo que el grupo manifieste interés en este momento de crianza. No hay ninguna interacción en la que alguna participante del grupo relate o afirme que ha realizado un parto natural y muy pocas alusiones a la experiencia del parto, que no adjuntamos aquí por no dar información sobre el tipo de parto que se pretende identificar. Lo más próximo al parto natural son referencias a convocatorias de charlas coloquio sobre parto respetado.

P2701B Viernes 23 a las 17.30h, Con motivo de la Semana Mundial por un Parto Respetado, proyectaremos el Documental "Nacer" rodado por varios profesionales de la asistencia al Parto y el Nacimiento y acto seguido, tendremos una Charla Coloquio, para hablar sobre Parto Respetado y resolver dudas, compartir experiencias y acompañar a futuras mamás...con diferentes profesionales de la asistencia y el acompañamiento al parto. Entrada libre y gratuita también.

P1101B Por sí a alguien le interesa... Con motivo de la semana mundial del parto respetado y organizado por la asociación canaria de matronas, se proyectará el sábado día 24 de mayo a las 17h en la Biblioteca pública municipal de Las Palmas de Gran Canaria la película Néixer (Nacer), que expone la situación actual de la obstetricia en nuestro país desde distintos puntos de vista. Entrada libre. Habrá una charla/coloquio con los asistentes. Todos los interesados están invitados a asistir y por supuesto a participar. Por favor, agradeceríamos máxima difusión del evento durante esta semana. Esperamos veros!!

c. Contacto físico

En este apartado se recogen las evidencias aparecidas sobre el contacto físico en relación a la práctica de piel con piel, a sostener o llevar en brazos a los niños y las niñas y al porteo mediante fulares, bandoleras o mochilas.

Aparecen algunos comentarios que defienden los derechos de los neonatos, entre ellos el contacto físico del piel con piel. También se recogen prácticas declaradas de piel con piel para bajar la fiebre al bebé. El sostener a los bebés en brazos aparece como una práctica de algunas madres que se enfrentan a los prejuicios de su entorno familiar y social. Los porteos son usados por muchos padres y madres del grupo, se destaca que facilitan el sueño y que no todos los bebés aceptan bien esta práctica.

P201C Salomé, yo tuve a Nauzet prematuro y luche para hacer piel con piel y lo conseguí estando cinco días allí sin moverme Sólo para ir al baño Y depende de la prematuridad puede darle la teta..el la agarro y yo me bebía los biberones porque el se quedaba saciado con la teta y yo necesitaba salir d allí ya para irme a casa con mi otra hija Sin duda antes q Santa Catalina m iría al Materno Mucha suerte y q hable mucho con su bebe.

P101C El caso es que nunca se sabe En cuanto al piel con piel, la teta etc Si fuese prematuro O en cualquier caso Porque es para todos los bebes Tengo información legal Sobre la que apoyarse Yo en primer lugar le preguntaría si quiere informarse porque hay mamás que no quieren. Y hay que respetarlo Si fuese el caso

P2001C Pues a mi niña tampoco la dejo llorar... Siempre cogida

P2001C Yo cuando parí... La familiar de la lado le decía a la mama que no lo cogiera que se acostumbraba... Que lo dejara llorar !!!! Recién nacido!!!!

P601C El mío pequeñín sólo quería brazos y yo encantada [...]

P2101C Ahh y quería comentar ya que este mundo es un pañuelo y al final siempre alguien conoce a alguien En el viaje de vuelta en Fred Olsen el miércoles desde Tenerife Alejandro ardía en fiebre y estaba muy molesto, así que le quite toda la ropa y lo dejé en pañal y yo me medio despeloté (me quedé en sujetador) para hacer el piel con piel (váyase la vergüenza a tomar viento). Y se nos acercó una chica de la tripulación a preguntar por el niño, por si estaba mareado. Y aunque me importaba un pimiento lo que estuvieran pensando los demás, al ella decirme que tenía una niña de dos años y que gracias a la teta y al piel con piel mejoraba me sentí tremendamente apoyada. Y aunque en ese momento se lo agradecí quiero que corra la voz entre todas para que se sepa lo agradecida que estoy a esta comadre teteadora.

P1201C Y luego los malcriamos nosotras con los brazos

P1201C Es lo que nos suelen decir que los malcriamos por tenerlos en brazos

P1001C Pero bueno, tendrán que respetar nuestra manera

P1001C No estamos locas

P901C Bueno un poco locas sí q estamos

P1801C Yo he escuchado loca, insensata, inconsciente. .. de todo un poco... xD

P1001C Bueno, pero locas de amor por nuestros babys

P1201C Yo hasta mala madre!

P901C Sí sí Renata, a eso me refería

P901C Emilia los brazos no es malcriar, eso es una necesidad y un placer!!!!!!!!!!

P1401C Mucho piel con piel para ayudarle a bajar temp.

P2701C piel con piel. todo el tiempo k puedas eso ayuda muchisimo!!!

P2901C [...] y estando malito es cuando mas te necesita (a ti y a la teti) tanto para reponerse como por mimitos... y asi le pasas anticuerpos.[...]

P1701C Con piel con piel y teta a bajado a 38,2

P1901C [...] Aki lo tngo haciendo piel cn piel. Daniela a ti t funciona vrdad? [...]

P3601C Y ponle medios físicos

P1701C Piel con piel

P1701C Durmiendo piel con piel

P1901C Asi y piel cn piel [...]

P801C Y yo con un fular que ni he estrenado y una bando que está cosiendose. Pa matarme. En fin, resignación extrema

P901C Yo usaba el boba y nos encantaba a los 2

P901C Pero ahora q es un jeribilla no me atrevo xq se sale

P601C Me encantan los fulares

P1001C Yo use fular cuando pequeña Pero solo alante Y menos que la mochila

P1001C Pero ella siempre ha sido muy fular si tengo sueño si, Sino no

P1001C En casa muy poco se dejo, Porteo para ella era para la calle

P601C El mío se pegaba sus siestas sólo en el fular, de cuna ni olerla

P1901C Joo, Alberto nunca se adaptó a ls fulares, ni al mey thai, y a mi n m gusta la mochila... Bueno, al menos stoy porteo q era la intención

P1901C [...] y tuve q dormirlo en la mochila xq n puede Star acostado xq se asfixia

P801C Algunas ya no podemos portear dentro de casa. Hace tiempo que se negó rotundamente. Ahí empieza lo bueno

d. Lactancia materna

Aparecen evidencias de prácticas relacionadas con la lactancia como un derecho legal del post parto, con la lucha de las madres contra el entorno social y familiar que se impacienta según avanzan los meses de lactancia. En ocasiones se sugiere la sustitución de esta por las leche artificiales o se refleja la incomprensión del horario de demanda. También aparecen los malestares hacia los pediatras que incitan a complementar con leches de fórmula o suplementos dando a entender que la lactancia prolongada es un recurso insuficiente en calcio o que provoca caries. El grupo también reconoce la labor de pediatras que defienden la lactancia, el colecho y el porteo.

Aparecen muchas anécdotas en torno a la lactancia relacionadas con cómo los niños y las niñas reaccionan, prácticas de lactancia nocturna e intentos frustrados de destete. Se advierte por un lado evidencias relacionadas con apoyo a la lactancia y por otro evidencias que muestran la obstaculización a la misma.

P3501D Buenas noches Salomé, estoy con las demás. Mejor en el materno, además allí tenemos a una compañera enfermera y monitora de lactancia que es una puntal y podría acceder a la madre y al bebé con la lactancia. Y en cuanto a los derechos legales, se pueden informar con Ruth M., que es abogada y está muy puesta en estos temas. Si quieres te paso el contacto. Mis mejores deseos para la mamá y el bebé

P2001D Yo cuando parí... La familiar de la lado le decía a la mama que no lo cogiera que se acostumbraba... Que lo dejara llorar !!!! Recién nacido!!!!

P1201D Y lo primero que me dijo fue quitale el pecho que tu leche es mala, En fin

P1001D Ay Emilia, de verdad, no dejes q te amarguen

P1201D Ya no Renata una se va creando una coraza pero al principio duelen mucho

P2001D [...]He oído y aguantado de todo así que ánimo a todas súper mams !!!!

P1001D Si duele

P1201D No se si es xq estamos mas sensibles que todo lo minimo duele

P1001D Mi lactancia gracias al papa de la nena

P1201D X tenerla siempre cogida x no darle medicamentos para que engorde xq la niña necesita hierro.....

P2001D Hierro?

P701D [...]Si no la gente me dice que ya el niño está muy grande para teta

P1201D Que si no la estoy alimentando bien que si no crece que si no engorda que lo estoy haciendo mal que la lleve para que le manden vitaminas y hierro etc etc

P1801D Es lo unico que funcionó con mi madre. Decia que la niña estaba muy chica de no comer, que al año debia pesar 10k...

P1001D Y decirle que de la educación y crianza de la niña no hablan con ella?

P1201D Yo solia callarme y aguantar mucho pero cuando ponen en duda que si a la niña no la quiero por no darle "leche buena" o por no hacerle una fiesta a lo grande por su primer cumpleaños etc. Ahi si salto

P3601D Mi marido es feliz pq doy teta y el duerme toda la noche

P2101D Buenos días chic@s!!Necesito que me echeis una manita si podéis. Alejandro está pasando por la época de mamitis aguda y apenas quiere comer porque prefiere la teta. Y yo privada. Pero papi se preocupa porque sólo quiere teta , coco lavado por durante hermana sospecho. Algunas veces habéis puesto cositas sobre como alimenta más la leche materna que otros alimentos, podríais pasarme algo

P3301D Hola, Cari. Lo que cuentas me suena tanto... Dani es un abanderado del "no sin mi teta". Estoy intentando compartir una foto que puse en mi Facebook sobre el aporte nutricional de la Leche materna a partir del año en adelante, pero no me deja el WhatsApp Está en inglés Tuve que buscarla en Internet porque no me deja compartirla, ni descargarla de mi Facebook. Donde tenía más calidad Pero creo que se entiende bastante bien Voy a ver si en el libro de Carlos González hay algo que te sirva

P1001D Solo mucha teta y poca comida

P101D Pues eso...mucha teta

P1001D Dosis de teta y a jugar

P1701D Renata... Aquí mi pipiolo me ha dicho que pa mi... De desayuno solo teta como casi siempre

P1201D Dice que no le doy la leche de farmacia que es la mejor segun ella. Y x eso no esta bien alimentada

P101D Me refiero a frases tipo.... si le Sigues dando teta no come y por tanto no crece

P2801D [...] Y según ellos, a nivel nutricional, el pecho ya no aporta nada

P2001D Yo he tenido una lactancia muy muy complicada y hasta casi los 4 meses y medio no he disfrutado y ya mi niña va pa 6 meses.

P1801D Mi lactancia casi se va al traste también. [...]

P2101D Gracias Ivanna, de verdad. Esto parece una lucha yo digo una cosa, ella otra.... Ufffg

P2101D No hay nada que disculpar, tienes toda la razón. Pero me fastidie tener que reforzar en mi pareja algo que ya se ha hablado porque los comentarios de su hermana lo hacen dudar

P3301D Te entiendo... Por cierto, no encuentro nada en el libro de "Un regalo para toda la vida" (más conocido en casa como el "Libro de la tetaaaaaaa"). Espero que lo que te hemos ido mandando te ayude.

P2101D Sí sí muchísimas gracias Yo tengo ese libro, releído

P1201D X ese lado yo con mi pediatra no tuve problema el tiempo que le di pecho, Me animaba mucho con lactancia materna

P701D Paciencia xq Raico ya tiene 1 año y hoy la pediatra me ha dicho: pero aun tienes suficiente leche [...]

P1901D Muchas veces es machake psicológico. Ya stoy sintiendo el día 5 cuando lo lleve a pesar [...]

P701D Llévate la grafica de los niños de lactancia materna que en el ordenador tiene la normal

P2801D A propósito del pediatra... Ya nos toca la revisión de los 15 meses y vamos a ir a la consulta de María C.

P2801D Alguien la conoce? Es q estoy intentando dar con uno pro-teta, harta de salir con ganas de llorar después de cada revisión

P901D El pediatra de Ian es un amor, pero de proteta nada!!!

P2801D Esa es la tónica general...

P101D A mi me han dicho que Maria C. es una crack Y pro teta

P801D Buenas!! Por aquí somos pacientes de Sergio F. Encantados estamos.

P1901D Sergio F., pro teta, colecho, porteo, alimentación autorregulada, visita a domicilio, wasap ! Para mi, un regalo dl cielo, Siempre lo recomiendo

P1801D Cada vez que la peque ha estado mala, se pasa el dia diciendo... ay, menos mal que aun le das teta..

P1901D El niño sta controlado e hidratado

P1001D Eso es!!! Natalia me pega lo que coge ella pero al revés no xq ya hay anticuerpos atraves de la leche.

P101D Hoy fue Luisillo a revisión meses le conté lo de las manchas y como se quitó con leche materna Dice que no Que no es bueno Es lo peor Y que debía empezar con leche de vaca Me meo

P901D Ya Luisillo tiene a su vaca de origen natural!!!! Fuerte cruz con los pediatras 01D Claro q no es bueno, sale gratis y el pediatra no se lleva comisión ni congreso ni almuerzo gratis mujer Parece mentira!!!

01D P7 Le preguntaste en qué base científica se basaba para esa recomendación?

P1001D Para q vanos a darles leche humana si hay de vaca xq tenemos terneros no??? En fin el cuento de nunca acabar Julieta a ian q tal la revisión?

P2901D Salgo del nuevo pediatra desilusionada. "¿ meses y lactando? Vamos a suplementar el calcio, seguro que le falta". Y se supone que es pro lactancia... Para mas inri como me ve puesta en lactancia (como va a ser mas insuficiente mi leche que la de vaca?!) se pone a buscar en internet razones para argumentar eso Y finalmente lee un articulo que lo que dice es que la hipocalcemia la padecen los bebes que toman leche de vaca. Y se queda descolocado. Pero insistiendo en el suplemento! Menos mal que al menos es agradable en el trato, abierto, no impone. Entonces me lo como!! Todo esto porque el percentil es bajo, que manía!!! Por otra cosa vamos a hacer una analitica de control, que tampoco viene mal, a ver si le hago comer sus palabras (o a ver si por lista me las voy a comer yo jajaja) Yuos que desahogo

P701D Jajaja Me imagino su cara al leer el artículo

P1801D Nosotros hemos ido hoy al dentista porque Cecilia tenia manchas en los dientes... son caries Por supuesto la culpa es de la teta, no de los sorbitos a refrescos que ha dado de vez en cuando en casa, ni los gusanitos o helados que le dan las abuelas, ni los zumos.... la dichosa teta...

P2901D Comoooooooo...?????? Claro, esta cargadita de azucar del malo, no te jode!!!

P1801D Es que ni siquiera me ha preguntado por el resto de alimentación, si come chuches, zumos... Pero claro, es que usa la teta de consuelo cuando se cae, para dormir... vamos, lo que tiene que sea a demanda... y claro, eso es estar todo el dia picoteando sin lavarse los dientes después... Esto ultimo palabras textuales

P1201D No puede ser que le haya salido así sin más?

P1901D Q fuerte. Cm t dicen eso?

P1201D Y los niños que no comen chuches ni teta a que le echan la culpa?

P901D Rosa, me parece increíble lo de la teta,y eso q lo he oído mucho,a mi me han dicho q se la quite ya para q no le forme caries.Cosa q también sale x la propia saliva,q puede ser muy ácida.Al niño de mi amiga le pasó.Supongo q tendrás q armarte de paciencia y buscar algún juego para convencerla...no sé q más decirte...

P2801D Ahora toca PRO-TETA omo ya les conté hace tiempo, Laurita pasa literalmente de comer, y como no podía ser de otra forma, en cada revisión el pediatra insiste en que la "solución" radica en quitarle el pecho... Pues bien, en la última, le pedí q le mandará analítica, hoy he ido a saber los resultados... La enana está como una rosa, sólo un poquito baja de hierro (a lo q añadió q es lo más normal en la edad pediátrica) salí más contenta q unas pascuas!!

e. Colecho

El grupo no alude mucho a la práctica del colecho por lo que aparecen pocas evidencias, pero las que se recogen lo valoran positivamente pese a la limitación del espacio de la cama o a algún percance de caída del bebé. También hay un comentario sobre que esta práctica no es comprendida por el entorno familiar.

P1801E Yo acabo de levantarme! Desde las 9 despierta en la cama sin poder moverme!!! [...]

P1001E [...] pero estoy tan agustito con ella acostada

P1901E Aprovecha

P901E Q bien Renata!!, La gente casi nunca nos comprende

P2801E Aprovecha para descansar Renata[...]

P901E Y no te nuevas de donde estás, estos momentos no se repiten[...]

P1901E Si n,n disfrutams dl niño

P1001E Cuna??? Eso que es?

P1001E Luego conmigo en la cama

P1001E Y ahora conmigo en el sofá

P901E Loo q m faltaba,todos en contra d q duerma cOnmigo...

P1001E Y no tiene nada que ver w duerma contigo

P1801E [...]aquella caida de Cecilia fue un dia que el padre se levanto con prisas[...]

P1901E Es una risa lo d los padres. Xq dormiran así cn ellos?

P1201E Jajajajajaja. Eso es verídico

*P801E Ocupación de cama de 1,80x2,00 por un bebé de noventa y pico centímetros
[Imagen]*

P801E No ocupó más porque no tenía cuerpo para hacerlo

P1201E Jajajajajaja. Y si pones una cama de tres tb se les hace poco

P1001E Así tb me encuentro a Natalia

P901E Daniela nuestra cama mide lo mismo y nosotros acabamos en los filos. Como te entiendo!!!!

P101E como te entendemos x aquí tb. Buenono se si Reir o

P1601E Qué lindas imágenes . . . , El colecho abuela–nieta precioso

P1001E Mi madre dormir con ella no aunque le encantaría pero ronca exageradoo despierta a un muerto

P2801E [...]pero me viene bien para poder estirar los brazos un poco cuando me dejan sin sitio..

P1001E aprovecho para espatarmme en mi cama y dos, cuando me deja sin hueco impide que me caiga yo ya q cabe culo brazos cabeza pierna, menos entera todo y tres también sirve de mesita de noche y para todos los juguetes que decide llevarse a la cama

P601E Por aquí tenemos abuelos colechadores también. Alberto nunca quiso cuna y ellos lo aceptaron. Ni un día ha dormido solito mi chiqui. Mis suegros son un sol

P1701E Me muero de amor con la foto abuela nieta

f. Cuidados del bebé

Esta categoría es la que más evidencias recoge por las alusiones a múltiples cuidados y momentos. Aparecen prácticas relacionadas con la actividad de piscina, con la preparación de actividades y entornos de desarrollo sensorial del bebé (acondicionamiento de espacios según metodología Montessori) y sobre todo evidencias que muestran el máximo respeto a los ritmos y necesidades del bebé en todo momento.

Hay evidencias de actitudes de respeto a los bebés que salen a la luz porque son criticadas en el entorno familiar que no las comparte, y críticas a prácticas sociales de educar con el castigo físico y de prácticas conductistas avaladas por algún programa de televisión.

Un ámbito (la alimentación) proporciona evidencias del respeto por el ritmo de los niños y las niñas como reto para las madres que en ocasiones sufren presiones familiares al ver cómo los menores se dedican a comer a su aire, ya sea un alimento en exclusiva o comida que no tiene suficiente entidad como tal. Aparecen alusiones al método *baby led weaning*, y evidencias de su práctica en el grupo. El cuerpo se respeta también, y de ahí las evidencias, fundamentadas y asimiladas, de no poner pendientes o zarcillos a las niñas.

Como elementos de cuidado natural aparecen alusiones a la leche materna como remedio natural en su uso tópico para curar irritaciones en la piel o problemas de ojos y oídos. La referencia a la cantidad y calidad del tiempo dedicado a los niños y a las niñas también es importante en estos cuidados.

P1801F Gracias por el día de ayer!!! La peque estaba encantada!!!

P1001F Yo tb quiero piscinaaa

P1801F Cecilia acaba de ver la bolsa de la piscina, y se ha ido con ella al coche lloriqueando... pobre, las ganas que debe tener de volver!!

P101F A veces se estimulan más

P401F Desiree vente a piscina. Yo te ayudé hasta q estés lista en el agua. Y seguro q alguna en tú turno te ayuda cuando términes. Yo tengo tantas ganas q no concibo q nadie se pierda este ratito mágico y menos por falta d ayuda

P101F Luisillo experimenta X su cuenta Se pone descalzo y va a la alfombra y pasa los pies mirando atentamente. ..luego va a la de jugar que es lisa y luego otra que esta subida escaleras que es rugosa Si lo ves pasando pies y manos y corriendo de una a otra Para experimentar diferencias

P1801F Ya... pero yo no me meto cuando me dicen que recién nacidos le enchufan bibe por la unica razon de que el niño no moleste y que se levante la canguro... o cuando diceb que apagan los interfonos esos para no escucharlos llorar y dormir en paz.. ni cuando les gritan, o los ridiculizan... no se...

P3301F Es que el golpe exige menos trabajo. En algún sitio le hace poco que Supernanny y la crianza a bofetón limpio "triumfan más" porque es el método rápido y fácil, no le exige al adulto tiempo ni dedicación. Y por eso creo que vemos tantas cosas injustas para los peques

P1801F Pues si Ivanna, por desgracia si...

P301F Ay, Andrea. Si tú supieras la de niños que se nos han pegado en el parque cuando vamos con Dani a jugar y cuando les preguntas por sus padres, descubres que están prácticamente escondidos en la cafetería hablando con sus amistades y pasando de los niños.

P2901F Sigo por aquí contando lo que empece en el otro grupo por error ... Pues resulta que mi churri se paso durante la espera por aquí con mi nene. Y aquí mismo que nos pusimos a tetear y a hacernos mimitos ante el ¿asombro? de esta mami. Pues he de decir que creo todo se pega, porque esa bebecita, cuando desperto, ya no se llevo mas regañinas, sino todos los besos y sonrisas de su mami, y monton de arrumacos... que me da a mi que la mami se sintio un poco culpable... Aunque del carro no la sacan ni por nada ... ayns

P801F Yo estoy teniendo tentaciones de malamadre... El chiqui está de siesta y estoy considerando despertarlo

P901F Cada niño tiene su ritmo y sus necesidades

P1001F Las siestas primero eran en brazos

P1801F Natalia sigue dormida desde anoche a las 11 (son las 11:50 a.m)

P3301F [...] Dani se acaba de despertar después de casi 14 horas de sueño ininterrumpido, hoy voy a necesitar un plus de vitaminas para seguirle el ritmo . [...]

P3301F [...] Luego la gente te insinúa que no le pones unos límites y unos horarios y que el niño está despierto porque tú lo dejas... Con decirles que nosotros hemos llegado a dormirnos antes que Dani.

P1901F si la teoria la se...pero n puedo cn eso. Ademas q n m llena ,todo lo contrario d Catalina. D resto solemos comer bien pero sin obsesiones. A veces se come arroz blanco,a veces ls domingos tenems el ritual d una pizza y anoche le di trocitos d calabacin y jamos y apenita d la masa q tenia huevo xq al mediodia n habia comido proteínas

P401F [...]Tú niña se está autorregulando

P2901F [...] Con su tenedor a trocitos, encantado. Era por si habia comentado formas de prepararlo, por ejemplo, o si era recomendable dárselo a menudo

P2101F Ni preocuparte chiquilla, Alejandro cuando quiere abre la boca para que le dé con cuchara y cuando se cansa la quita y empieza con la mano.

P2101F Tu deja que decida y veras

P1001F Con mi madre la verdad que no tuvo problema, pensó q estaba loca, pero no dijo nada, y cuando la vio disfrutar se arrepentio no haberlo hecho con nosotros.

P2701F [...] La pagina baby led weaning

P3001F [...] Nosotros estamos también con BLW pero no al 100%. Hay días que es simplemente imposible pues mi niña no quiere. [...] Otras veces es mitad BLW mitad leche, pues empieza a comer normal y de repente se coge una perreta enorme, lo tira todo, grita, llora...

P2701F Yo estoy empezando.. [...]

P3301F Tú ofrécele cositas, que toque la comida, juegue con ella y si no la quiere, pues no pasa nada. Poco a poco [...]

P3301F Es más una cuestión de que se vaya familiarizando con los otros alimentos.

P1501F [...] Yo le doy las verduritas enteras y bien cocidas y ella se las come sola (no porque lo haya decidido yo, sino porq así lo prefiere ella) y cuando Ya no quiere más pues se la escacho con el tenedor y se come el resto a cuchara... [...]

P3001F [...] no tengo el libro pero me lo voy a pillar. Toda la información que he ido recopilando es de foros de BLW o artículos. Tal vez deba leer más... También intento hacerlo por instinto mío y deseo de la nena.

P1001F [...] si tu marido se estresa se lo transmite y si tiene miedo tb. Si lo pasa muy mal [...]

P101F PI Recuerdan ronchas Luisillo detrás rodillas? Pues con más veces al día de le che materna casi no queda rastro Incredible verdad? Como estaba y que sea tan rápido. ...pero me queda averiguar de donde viene Porque no es la primera vez

P1901F La leche es magica entonces! Q no hay q cure?



DISCUSIÓN

Discusión y comentarios de los hallazgos de la investigación cuantitativa

1. Escala de la Percepción de los Padres y de las Madres sobre las Competencias y Resiliencia Parental (Adaptada de Rodrigo, Martín y Cabrera, 2010)
2. Diferencias entre los modelos de crianza y las variables relacionadas con el embarazo, parto y crianza
3. Modelos de crianza y su relación con las escalas
4. Crianza natural y su relación con diversas variables
5. Crianza natural y su relación con las escalas
6. Variables que correlacionan y predicen la Crianza Natural

Capítulo X. Discusión y comentarios de los hallazgos de la investigación cuantitativa

En este capítulo revisaremos los resultados más relevantes de nuestra investigación. Comenzaremos comentando, de la Escala de la Percepción de los Padres y de las Madres sobre las Competencias y Resiliencia Parental (Adaptada de Rodrigo, Martín y Cabrera, 2010), la estructura factorial y consistencia interna así como su validez concurrente. Haremos referencia a en qué medida esta escala discrimina a las participantes en base a variables sociodemográficas. Posteriormente discutiremos las diferencias, según las variables criterio analizadas, entre los modelos de crianza por un lado y entre los niveles de crianza natural por otro. Luego, a partir de los datos ofrecidos por los análisis de regresión, discutiremos los factores que predicen la crianza natural.

1. Escala de la Percepción de los Padres y de las Madres sobre las Competencias y Resiliencia Parental (Adaptada de Rodrigo, Martín y Cabrera, 2010)

Al analizar la Escala de la Percepción de los Padres y de las Madres sobre las Competencias y Resiliencia Parental, hemos hallado seis competencias parentales: la competencia educativa, la competencia para organizar el escenario educativo familiar, la competencia de desarrollo personal y resiliencia, la competencia de búsqueda de apoyo formal e informal, la competencia de integración y participación comunitaria y la competencia de promoción de la actividad física y educativa.

Este modelo añade una competencia a las propuestas por Cabrera (2013) y Martín, Cabrera, León y Rodrigo (2013) que evalúa la capacidad de los padres y las madres de fomentar en sus hijos/as actividades de ocio y tiempo libre saludable, la competencia de promoción de la actividad física y educativa. El conjunto de competencias recogidas

satisfacen los aspectos que, según Badury y Dantagnan (2010), son necesarios para el desarrollo de la parentalidad, como son el aporte nutritivo, de afecto, cuidados y estimulación, los aportes educativos, los aportes socializadores, los aportes protectores y la promoción de la resiliencia.

Por otra parte, los resultados indican que, en general, las madres de la muestra poseen un nivel alto de la competencia de desarrollo personal y resiliencia y de la competencia de promoción de la actividad física y educativa. Además, presentan un desarrollo medio de la competencia educativa, la competencia para organizar el escenario educativo familiar y la integración y participación comunitaria. Por último, tienen un menor desarrollo de la competencia de búsqueda de apoyo formal e informal. Era de esperar que en familias normalizadas, como es el grupo de nuestro estudio, estas competencias fueran mayores, pero estos resultados están en sintonía con los obtenidos en las investigaciones con familias en situación de riesgo psicosocial que por sus características poseen un bajo desarrollo en todas sus competencias personales (Badury y Dantagnan, 2010; Cabrera, 2013).

Continuando con el análisis, para comprobar la validez de la escala se utilizaron una serie de variables criterios (como la edad de las madres, la edad de los/las hijos/as, la situación laboral, la profesión, los ingresos familiares y la relación de su profesión con el cuidado de personas). Los datos indican que a mayor edad existe un mayor desarrollo de la competencia educativa, la competencia para organizar el escenario educativo familiar y la búsqueda de apoyo formal e informal. Esto no ocurre en las familias de riesgo psicosocial, en las que no existen diferencias en las competencias de las madres según la edad (Cabrera, 2013).

Por otra parte, al aumentar la edad de los/las hijos/as, las madres tienen un mayor desarrollo de la competencia de promoción de la actividad física y educativa. Esto es lógico, ya que, a medida que aumenta la edad de los/las hijos/as, también lo hace la oferta de actividades a las que pueden acceder. Finalmente, las madres que trabajan en el sector de servicios, como vendedoras o administrativas, tienen un mayor desarrollo de sus competencias educativas. Este dato se puede relacionar con las habilidades de inteligencia emocional interactivas y empáticas desarrolladas en el entorno profesional de ventas (Cantú, 2001) las cuales pensamos que son utilizadas también en el entorno familiar.

2. Diferencias entre los modelos de crianza y las variables relacionadas con el embarazo, parto y crianza

En el seguimiento del embarazo respecto a la elección de profesionales no hay diferencias en la búsqueda de personal sanitario más o menos cercano a su modelo de crianza comparados los distintos modelos de las personas participantes. El 19.7% del total de la muestra que reconoce buscar profesionales cercanos a su modelo no se concentra en un modelo determinado de crianza, sino que se distribuye de manera homogénea entre los diferentes modelos. Esto puede ser signo de la satisfacción general con la atención por parte del personal sanitario correspondiente, de modo que no se considere necesario, en ese momento, la búsqueda concreta de profesionales afines a un modelo. En este sentido, un estudio realizado por Maderueloa, Harob, Pérez, Cercas, Valentíne y Morán (2006) afirma que más de la mitad de las mujeres declararon encontrarse satisfechas o claramente satisfechas con el seguimiento de su embarazo. La formación universitaria se asociaba a mayor satisfacción en algunos aspectos y se encontró mayor satisfacción en las mujeres atendidas en los centros de salud y en las que acudieron a servicios privados.

Como era de esperar, las madres que siguen el modelo de crianza natural son las que realizan en mayor medida un plan de parto. Estas madres expresan por escrito sus preferencias, necesidades y expectativas en relación con la atención que desean recibir, tal y como recoge el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) en el documento llamado Plan de Parto y Nacimiento (2011). El Plan de Parto intenta evitar el exceso de intervención médica en el momento del parto. Así, Hidalgo (2014) demostró que las mujeres que presentaron planes de parto precisaron menor uso de oxitocina, monitorización, analgesia epidural y rotura artificial de membranas. Además, en las madres del modelo de crianza natural, se constata un mayor respeto de los profesionales a las peticiones presentadas en los planes de parto que en el resto de madres.

Suponemos que esta diferencia puede ser motivo de la mayor seguridad mostrada por estas madres en el momento del parto debido a preparaciones previas que contemplan las indicaciones de la OMS y de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud (2007), así como la importancia de prepararse mentalmente para un parto natural. Los datos recogidos no relacionan estas diferencias con los profesionales o el tipo de centro en el que dan a luz, pues no se han constatado diferencias en este sentido en relación a los distintos modelos de crianza. No obstante, en el modelo de crianza natural, sí existen diferencias en el tipo de centro elegido para el parto, encontrando que, a medida que aumenta en las madres el nivel de crianza natural, aumenta también la elección de un hospital público para el parto. Descartada la influencia de otras variables sociodemográficas, podemos inferir

razones relacionadas con el tipo de atención al parto prestada en estos centros. El estudio realizado por Recio (2015) constata una mayor probabilidad de sufrir intervenciones médicas en los hospitales privados que en los públicos. Las madres del modelo de crianza natural, conocedoras del mayor intervencionismo médico en los hospitales privados, optan por un hospital público para aumentar sus probabilidades de tener un parto natural.

En el parto, podemos afirmar que las madres que siguen un modelo de crianza natural sienten un nivel mayor de preparación para afrontar el momento del parto. Este dato nos lleva a cuestionarnos posibles diferencias respecto a los lugares o personas con las que hacen esta preparación, sobre los contenidos y metodologías utilizadas, el tiempo dedicado a ello y las características de estas mujeres o quienes les acompañan.

En cuanto a los lugares, existe proliferación de centros privados dedicados a la preparación de una parentalidad consciente en cuestiones relacionadas con el embarazo, el parto y la crianza, por equipos de profesionales interdisciplinarios cercanos al modelo de crianza natural: enfermeras/os, matronas, doulas, psicólogas/os, psicopedagogas/os, etc. En este tipo de centros, se utiliza principalmente el modelo experiencial comentado por Martín et al., (2009) en un trabajo holístico que contempla cuestiones fisiológicas, biológicas, culturales, sociales, educativas, psicológicas y emocionales. Se trata de un enfoque actualizado respecto a la tradicional preparación al parto en el que se suman aspectos relacionados con la educación parental.

Entendemos que este tipo de formación influye también en el tipo de parto, fomentando partos más naturales y aumentando el respeto de los planes de parto, como decíamos anteriormente. El estudio de Soto, C., Teuber, H., Cabrera, C., Marín, M., Cabrera, J., Da Costa, M. y Araneda, H. (2006) mostró cómo las sesiones de preparación conjuntas entre las gestantes, sus parejas y las doulas, redujo el número de intervenciones en el parto, de modo que la preparación previa y el apoyo continuo tuvo efectos positivos en la reducción de las intervenciones médicas. Este hecho confirma la importancia de una preparación del embarazo junto a la pareja, de tipo más holística, participativa, interdisciplinaria y emocional para el fomento de los partos naturales. Este enfoque promueve el desarrollo de habilidades parentales como indica Hidalgo (2008) en función de las diferencias propias de cada familia, ayudando a los padres y a las madres a encontrar su propio modelo en estos encuentros o reuniones de carácter experiencial como indican Martín et al., (2009)

Los lugares de preparación más relacionados con otros enfoques o modelos de crianza suelen estar vinculados específicamente al ámbito sanitario y a la preparación dirigida al parto

por parte de enfermeras/os y matronas/es principalmente. En este caso, se encuentra mayor diversidad en función de si la preparación se realiza en la sanidad pública o en la privada, así como en las metodologías y contenidos utilizados según la preparación de cada profesional. Se aprecia la evolución y mejora de los contenidos de estas preparaciones en programas como el PASAR (Programa de Atención Afectivo Sexual y Reproductiva) que se viene desarrollando en Canarias desde el año 2009.

Con relación al parto natural, el mayor número de estos se da en el modelo de crianza natural. El parto natural es la primera práctica que intentan adoptar las madres que optan por este modelo de crianza. La importancia de este tipo de parto para la salud de la madre y del bebé viene siendo defendida por la OMS (2003) desde hace más de treinta años, y en múltiples documentos publicados por los diferentes Ministerios con competencias en Sanidad en nuestro país en el 2007, 2010 y 2011, y por autores como Odent (2009) y Bergman (2005). Sin embargo, la incidencia de partos asistidos continúa siendo muy elevada, independientemente del modelo de crianza. Esta incidencia es comentada por trabajos como el de Aler (2006), donde se recoge el elevado índice de episiotomías, cesáreas, partos instrumentados y rutinas hospitalarias obsoletas realizadas en los paritorios de nuestro país, o el de Olza et al. (2011) y Fernández del Castillo (2014b), advirtiendo de las consecuencias del uso rutinario de oxitocina sintética y de sus posibles repercusiones en trastornos y enfermedades como el autismo.

Las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística (2013) confirman un alto intervencionismo, con un 27% de partos por cesárea, un porcentaje muy alejado del aconsejado por la OMS en torno al 10–15% y logrado en nuestro país solo en la Comunidad Autónoma del País Vasco con un 15,1% de cesáreas, según Recio (2015). Cabe añadir que algunas de las rutinas hospitalarias tradicionales en los paritorios están siendo consideradas como violencia obstétrica y según Camacaro (2015) y Castro (2014) en países como Venezuela, Argentina o México pueden considerarse delito. En otros casos son normalizadas por el personal sanitario y por las mujeres, como indica Martínez (2015), y por lo tanto, menos visibilizadas. Olza (2013) encuentra desconocimiento en el personal sanitario por falta de formación o habilidades técnicas para afrontar aspectos emocionales y sexuales del parto, por traumas personales no resueltos o por el síndrome de *burnout*.

Por otro lado, el contacto piel con piel es una práctica que está muy extendida. Son las madres con un modelo de crianza natural las que la realizan con mayor frecuencia y de manera más temprana. En este modelo se realizan los tres tipos recogidos por Dávila (2013):

el contacto piel con piel al nacer, el contacto piel con piel muy temprano y el contacto piel con piel temprano. Autores como Santos (2013a) hablan de la importancia del contacto piel con piel en la primera hora tras el parto al existir un período sensitivo de vital importancia, una impronta que hay que cuidar y preservar y que favorece el establecimiento del vínculo madre-bebé y las condiciones adecuadas para la lactancia materna. Maldonado et al. (2008) afirman que la realización del piel con piel hará que la madre se muestre más sensible con el bebé, tenga más paciencia y actúe de modo más cariñoso, de modo que, después de un embarazo y parto natural, el contacto piel con piel es otra práctica representativa del modelo de crianza natural y afortunadamente extendida al resto de los modelos, según los datos obtenidos.

Al abordar las prácticas de crianza, no encontramos diferencias en las razones que llevan a la mayoría de las madres que optan por la lactancia materna a elegirla. La mayoría refiere principalmente su beneficio como alimentación saludable para el bebé. Este y otros beneficios a nivel de vinculación, desarrollo psicomotor, prevención de enfermedades para la madre y el bebé son citados por autores como González (2010) y organismos como la OMS, UNICEF y la Asociación Española de Pediatría.

El descanso de los hijos y las hijas durante la noche tampoco presenta diferencias entre los diferentes modelos, por lo que no podemos concluir que los niños y las niñas de un modelo descansen mejor que los del otro. Esto confirma que los despertares nocturnos no dependen del modelo de crianza sino de factores extrínsecos influidos por ritmos circadianos y de la maduración de factores intrínsecos de biorregulación, como indican Jenni y LeBourgeois (2006), Krystal, Benca y Kilduff (2013) y LeBourgeois, Carskadon, Akacem, Simpkin, Wright, Achermann y Jenni (2013). Sin embargo, las técnicas a la hora de dormir a los hijos/as sí son diferentes en los distintos modelos de crianza. Las madres que siguen el modelo de crianza natural, en su mayoría, duermen a los bebés amamantándolos. McKenna y Gettler (2015) han descrito recientemente el término *breastsleeping* (dormirse al pecho) en referencia a la importancia de este aspecto en la salud de los bebés.

En cuanto a las razones para el porteo, las madres que siguen un modelo de crianza natural manifiestan en mayor medida que lo hacen por las necesidades del bebé. Este dato es indicativo de que, en el modelo de crianza natural, el porteo responde a la satisfacción de la necesidad de contacto físico del bebé así como a otras necesidades y beneficios comentados por autores como Navío et al. (2014) y López y Salmerón (2014): rápida respuesta ante las necesidades del bebé, estimulación de la producción de leche, favorecimiento de la lactancia

materna y su continuidad, prevención de mastitis, grietas u obstrucciones en el pecho, ayuda en caso de relactación, prevención de la plagiocefalia y la displasia de cadera en el bebé, reducción del llanto, reflujo y cólicos, regulación de la temperatura y el ritmo cardíaco, mejora de la relajación y el sueño, descenso del estrés, desarrollo físico y neurológico y seguridad emocional. En el asesoramiento recibido por parte de madres y padres para el uso del porteo no encontramos diferencias entre el modelo de crianza natural y el resto de los modelos, encontrando, a su vez, variabilidad en este asesoramiento: en unos casos es realizado por otras madres y padres, en otros por el personal de la tienda o por un/a asesor/a de porteo, mientras que otras familias buscan información en Internet o son informadas en los centros o consultas sanitarias.

Los hijos y las hijas de las madres que siguen el modelo de crianza natural manifiestan mayor desacuerdo ante la marcha de su padre o de su madre. Se puede pensar que este grupo, al pasar más tiempo con sus madres o sus padres y tener menos oportunidades de despedida, manifiestan mayor malestar ante la separación. Las reacciones de los niños y las niñas ante la ausencia de las madres vienen siendo investigadas desde hace años por autoras como Ainsworth (1979) en el intento de definir diferentes estilos de apego en función del modo en el que sucedían estas despedidas y los posteriores reencuentros. Encontramos en este dato una evidencia de un aspecto clave en el modelo de crianza natural definido por Sears (2001) en referencia a la importancia de la teoría del apego de Bowlby (1988). En los últimos años, se está prestando menos atención a los estilos parentales y más a las competencias parentales y dimensiones presentes en las interacciones, como afirman Franco et al. (2014).

Finalmente, es importante resaltar que no se constatan rupturas o tensiones entre las abuelas o abuelos y los padres y las madres de los niños y las niñas en los distintos modelos de crianza. Este hecho nos lleva a pensar que, tal y como recogen Martín y Mesa (2015), los padres y las madres tienden un puente hacia el pasado ampliando su horizonte vital y reencontrándose en la crianza con sus propios padres y madres, en este caso abuelos y abuelas, de sus hijos e hijas. Este encuentro intergeneracional es mencionado también por Rodrigo et al. (2008).

3. Modelos de crianza y su relación con las escalas

Uno de los objetivos de esta investigación era determinar si las madres de los tres modelos presentaban diferencias en la importancia atribuida a las necesidades de sus hijos e hijas, en su sentido de competencia parental, en su estrés parental, en sus actitudes y comportamientos frente a la tarea de ser madres, y en sus competencias parentales.

En primer lugar, podemos afirmar que no existen diferencias entre las madres de los distintos modelos de crianza y las respuestas referidas a su sentido de competencia parental en satisfacción y eficacia. En cuestiones relacionadas con satisfacción y eficacia, uno de los aspectos más importantes es la relación encontrada por autores como Pérez et al. (2010) entre la valoración positiva, el adecuado nivel de satisfacción y confianza en el desempeño parental y el efecto positivo de estos factores en la reducción del estrés, facilitando así el desarrollo de competencias parentales. Cabría esperar, por lo tanto, niveles parecidos en los distintos modelos de crianza en sus percepciones de estrés parental y en las competencias parentales, y así se constata en este estudio. Encontramos que el modelo de crianza tampoco influye en el nivel de estrés parental, y respecto a las competencias parentales, no existe una relación entre adoptar un determinado modelo y tener un mayor desarrollo de estas competencias.

Donde sí encontramos diferencias entre las madres que optan por un modelo u otro, es en la percepción de las necesidades de sus hijos e hijas. Son las madres con un modelo de crianza tradicional las que le dan una mayor importancia a las necesidades de sus hijos e hijas, tanto a las reales como a las no reales. Cabe mencionar un aspecto que puede explicar estas diferencias, consecuencia de que en las preguntas relacionadas con estas necesidades aparezcan aspectos que generan controversia en el modelo de crianza natural. Entre los ítems se mencionaba tener una habitación independiente para dormir, cuando en este modelo se promueve el colecho, tomar medicinas cuando en este modelo se utilizan también remedios naturales y homeopáticos, o tener juguetes o ropa determinada cuando en este modelo existe resistencia hacia determinados bienes consumo como respuesta al cuidado del medioambiente.

Otro aspecto en el que se dan diferencias es en las actitudes y comportamientos de las madres. Las madres que practican un modelo de crianza tradicional tienen mayores expectativas inadecuadas, utilizan más el castigo físico y desarrollan una mayor percepción en cuanto a la inversión de roles. Este tipo de diferencias a menudo han sido atribuidas por autores como Rodríguez (2007) a las diferencias socioeconómicas entre las familias. Dada la homogeneidad de nuestra muestra, en la que cabría esperar socialización participatoria y no represiva en todas, podemos inferir otro tipo de explicación ante estas diferencias. Pensamos que los fundamentos del modelo de crianza natural pueden llevar a las madres a evitar expectativas inadecuadas respecto a sus hijos e hijas e inversión de roles gracias un mayor conocimiento cognitivo, social y emocional derivado de la profundización en lecturas de autores como Basulto (2013), González (2006–2012), González (2013), Jové (2006–2009) y

Siegel (2005). En este mismo sentido, uno de los principios del modelo de crianza natural relacionado con la disciplina positiva lleva a estas madres a desmarcarse de posibles modelos tradicionales con los que ellas fueron educadas (con recurrentes castigos físicos) y acercarse a otras estrategias de resolución pacífica, empática, participativa, dialógica y positiva de conflictos, como recoge Durrant (2007), Graham (2011), Martínez (2015), Nelsen (2014) y Rodríguez (2013). A esta explicación se une también la activa defensa que las familias del modelo de crianza natural realizan de los derechos de los niños y las niñas, y de la erradicación de este tipo de castigos con los menores en base a la Convención sobre los derechos de los niños (UNICEF, 2006) y otros documentos y declaraciones posteriores.

4. Crianza natural y su relación con diversas variables

Las madres indicaron el modelo de crianza que desarrollaban con sus hijos e hijas (tradicional, combinado o natural) así como el grado con el que creían lo desarrollaban. Por nuestra parte, decidimos analizar en estas el grado de crianza natural en base a la definición de unas variables. El objetivo era obtener una graduación en diez puntos de los distintos niveles de implementación del modelo de crianza natural en las personas participantes para diferenciar puntuaciones y niveles elevados o puntuaciones y niveles bajos. También analizamos qué variables explicaban mayores o menores niveles de crianza natural.

Las madres desempleadas tienen un mayor nivel de crianza natural. Este modelo se define como un modelo de crianza de dedicación intensiva en tiempo, por ello, en el caso de las madres en situación de desempleo, se constata que la inversión de tiempo al cuidado de niños y niñas puede ser mayor al no tener o haber renunciado a atender obligaciones laborales. Estudios como los de Solé y Parella (2014) y Royo (2011) abordan las dificultades actuales que tienen las mujeres para dedicarse de modo pleno a la maternidad. Se podría esperar que, independientemente de su situación laboral, las mujeres optaran por la escolarización de los niños y las niñas en escuelas infantiles pero, como vimos, el modelo de crianza natural se caracteriza por el retraso en la escolarización. En ocasiones, en este modelo se buscan modelos alternativos con o sin escolarización, lo que pone también de manifiesto lo citado por Royo (2011) al comentar la desconfianza hacia los centros de cuidado infantil.

En cuanto a los agentes de crianza, el dejar a los menores con algún miembro de la familia en vez de recurrir a personas ajenas o a centros educativos, está relacionado con un mayor nivel de crianza natural. Este dato está en consonancia con el interés en este modelo de educar a niños y niñas en el entorno familiar, como afirman autores como English (2015), y la

valoración de esta opción de *homeschooling* (Belando–Montoro, 2014; Canalda, 2014; Galán, 2015; Goiria, 2012; Urpí, 2010).

En las variables que tienen que ver con el parto, una mayor preparación, el haber tenido un parto natural, el realizar un plan de parto y el respeto de este por parte de los profesionales, el haber dado a luz en un hospital público y la práctica del contacto piel con piel, están relacionadas con un mayor nivel de crianza natural. Estas variables están directamente vinculadas con las bases y fundamentos del modelo de crianza natural definidos originalmente por Sears (2001), recogidos posteriormente en los principios de la Asociación Internacional de Crianza con Apego (2015) o por autores como Bergman (2005), Hidalgo (2014), Maldonado et al. (2008), Martínez (2015) Odent (2007), Small (2006), Soto et al. (2006), Recio (2015) y Rodrigáñez y Cachafeiro (2007).

Estudiamos también algunas variables relacionadas con la crianza. En primer lugar, la práctica de dormir al bebé amamantándolo está relacionado con un mayor grado de crianza natural. Este dato refleja una de las prácticas más representativas de este modelo, la lactancia, y una segunda práctica que evidencia una influencia mutua: el colecho. Ambas prácticas se influyen y potencian mutuamente (Ball, 2007; Landa et al., 2012; McKenna y Gettler, 2015; Mobbs et al., 2015; Porter, 2007). Además, encontramos peor descanso de los padres y las madres a mayor nivel de crianza natural. Este dato no es reflejado en los trabajos (Baddock, 2007; Ball, 2006; Dahl y ElSeheikh 2007; González, 2008; Jové 2006), que mas bien refieren lo contrario: mejor descanso tanto en las madres que realizan colecho (siendo una de las razones por las que lo realizan, pues parece que los despertares del bebé y de la madre duran menos tiempo evitando desvelos) como en los padres, que no suelen apreciar estos breves despertares. Únicamente Ball (2007) menciona un aspecto que está en consonancia con nuestros datos al referir que las madres mantienen una actitud expectante de sueño ligero como vigilancia del sueño del bebé.

Nuestros datos también indican que un uso asesorado del porteo basado en el beneficio del bebé está relacionado con un mayor grado de crianza natural. Este dato refleja el conocimiento de las madres de este modelo de los beneficios del mismo y de la importancia de un buen asesoramiento, comentados por Charpak y Figueroa (2015), Gómez, Pallás y Aguayo (2007), López y Salmerón (2014), Navío et al. (2014), y Moore et al. (2012).

Lo mismo ocurre con el alto consumo de probióticos encontrado en el modelo de crianza natural, más elevado a mayor grado de implementación del modelo, atribuible a un mayor conocimiento de los beneficios comentados por autores como Álvarez y Azpiroz

(2015), Bernácer (2014), Castro (2015), Isolauri (2001), Martínez (2015), Pérez (2015) y Zhang y Huang (2015).

Respecto a los momentos de despedida entre los menores y sus madres, la manifestación de desacuerdo como respuesta se asocia a mayores niveles de crianza natural de sus madres. Este dato puede reflejar la necesidad de contacto físico de estos niños y niñas respecto a sus padres y madres cuya satisfacción es defendida por autores como González (2007) y Jové (2009). Otro factor influyente se debe a la costumbre de la presencia constante de estos y la menor necesidad u ocasiones de despedidas.

Finalmente, las madres que afirman tener emociones positivas hacia la maternidad tienen también un mayor nivel de crianza natural. Este dato está relacionado con el efecto positivo de las hormonas y sustancias químicas producidas gracias al contacto físico (oxitocina y opioides), según Martínez (2012), y la lactancia (prolactina) según la Asociación Española de Pediatría. La bioquímica ayuda a las madres a tener sentimientos positivos maternales de manera parecida a como lo hace el preservar el contacto piel con piel muy temprano y temprano sin interferencias, como comprobaron Maldonado et al. (2008), provocando vinculación afectiva, respuestas sensibles, pacientes y cariñosas que redundan en apegos seguros y en una conexión emocional, confiada y segura favorecedora de estas emociones positivas.

5. Crianza natural y su relación con las escalas

De la misma manera que analizamos los distintos modelos de crianza con relación a la información extraída de las escalas utilizadas, en este caso analizamos la información de los factores de dichas escalas en relación con el nivel de crianza natural. El objetivo era averiguar qué características de la maternidad estaban relacionadas con un mayor grado de crianza natural.

Los datos indican que las madres con un menor grado de crianza natural dan más importancia a las necesidades no reales. Este dato muestra cómo, a medida que aumenta la conciencia de las madres respecto a la importancia de prácticas como el parto natural, el contacto físico, la lactancia materna, el colecho y los cuidados del bebé, se reduce la atención a necesidades menos relevantes y más superfluas.

Asimismo, estas madres tienen mayores expectativas inadecuadas, de modo que, una vez más, afirmamos que a mayor grado de crianza natural y atención a las prácticas relevantes de este modelo vinculadas al contacto corporal, físico y emocional con los niños y las niñas,

así como al cuidado natural y respetuoso con los ritmos del menor, las expectativas se ajustan y se hacen más adecuadas. Esto puede ser consecuencia de un mayor conocimiento de los ritmos infantiles, de las propias reacciones y de la evolución de expectativas anteriores de las madres o las familias. También, una mayor conexión con el menor ayuda a conocer su zona de desarrollo próximo a la hora de establecer tales expectativas.

Ocurre lo contrario con las competencias parentales. Las madres con un menor grado de crianza natural presentan un mayor desarrollo de la competencia educativa y de la competencia para organizar el escenario educativo familiar. Esto puede estar relacionado con los ítems utilizados en estas escalas para valorar estas competencias. En el caso de la competencia educativa, muchas preguntas hacen referencia a las relaciones y la coordinación mantenida con el centro educativo, por lo que cabe esperar una puntuación baja en estos ítems en las familias de este modelo, dado que, a mayor crianza natural es esperable un menor contacto con centros educativos, hasta el punto que, en muchos casos, no existe ningún tipo de relación con centros escolares. Del mismo modo, los ítems relacionados con la competencia para organizar el escenario educativo se refieren principalmente al establecimiento de normas (a la hora de acostarse, para su comportamiento en el colegio, para el establecimiento de horarios, etc.) lo que ha podido suponer una limitación en las respuestas de estas familias.

6. Variables que correlacionan y predicen la Crianza Natural

El último objetivo de nuestra investigación era encontrar las variables que predicen la crianza natural.

En primer lugar, hemos encontrado que las variables que correlacionan con este estilo de crianza son la duración del embarazo, la duración de la lactancia y la duración del colecho.

Este hallazgo es muy importante, no tanto por las prácticas en sí, que podrían ser las esperadas, sino por los tiempos de duración de las mismas. De este modo, se constata el respeto máximo en este modelo de crianza a los ritmos y tiempos del bebé desde el momento del embarazo, del parto y, en los primeros años de crianza, de los menores con ejemplos representativos como la no inducción del parto (respetando la duración del embarazo y el parto natural), la lactancia prolongada y la continuidad del colecho. También se constata que, aunque estas prácticas se desarrollen en los diferentes modelos de crianza, el matiz diferenciador del modelo de crianza natural estriba en su prolongación en el tiempo. La duración de estas prácticas en el modelo de crianza natural está en consonancia con

recomendaciones de organismos internacionales y nacionales como la OMS, UNICEF y la Asociación Española de Pediatría, así como con las orientaciones de otros múltiples documentos o autores (Ball, 2006; Esparza y Auzpura, 2010; Field, 1995; Landa et al., 2012; Porter, 2007; Santos et al., 2009).

Finalmente hallamos las variables que mejor predicen la crianza natural y que citamos a continuación: en primer lugar, el tiempo de lactancia materna; en segundo lugar, las razones para el porteo; en tercer lugar, el parto natural; en cuarto lugar, el tiempo de cuidado al bebé; en quinto lugar, el tiempo de colecho; y, en último lugar, el contacto piel con piel.

Este segundo hallazgo nos ayuda a entender la importancia atribuida a cada una de estas prácticas en la búsqueda realizada. Es un hecho destacable confirmar que la primera variable sea la lactancia materna por la relevancia que esta práctica tiene en el modelo de crianza natural y por su importancia en la salud de los bebés. Por ello, los sistemas de salud aumentan progresivamente su defensa en colaboración con organismos nacionales e internacionales, con acciones mundiales como la IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento) y con los estudios de múltiples autores (Gonzalez 2010; Gómez et al., 2007; Krol et al., 2015; Maisanche, 2015; Massó 2010; Odent, 2003, 2007, 2009; Pallás y Baeza, 2006; Paricio et al. 2006; Sears, 2001).

Respecto a la segunda variable predictora del modelo de crianza natural, las razones del porteo, podemos destacar el conocimiento de estas madres de distintos sistemas de porteo y los beneficios de estos (Navío et al., 2014; López y Salmerón 2014). También cabe mencionar la enorme conciencia de estas madres respecto a la importancia del piel con piel (Escolano-Pérez, 2013; Morgan, 2011) y la continuidad del contacto físico posteriormente, lo que hace confluír la variable encontrada en segundo lugar (razones del porteo) con la última hallada (contacto piel con piel).

En tercer lugar, el parto natural (Bergman, 2005; Claramunt, 2014; Marín, 2015; Odent, 2007, 2009) marca también un importante comienzo en el nacimiento y en el modelo de crianza natural. Tras los cuidados relativos al embarazo, el parto es el primer momento que permite predecir la crianza natural. Este tipo de parto fisiológico se caracteriza por ser un parto natural de inicio espontáneo y terminación vaginal, demora en el corte del cordón umbilical (Moore et al., 2012; Brittany et al., 2013; Chaparro et al., 2007; Weeks, 2007; Mc Donald et al., 2013; Ryan, 2014), contacto piel con piel y lactancia materna exclusiva. En el modelo de crianza natural se busca este tipo de parto a través de la preparación del plan de parto (Plan de parto y Nacimiento, 2011) o con la preparación de un parto en casa (Aler,

2006; Fernández del Castillo, 2014; García, 2006; Hidalgo et al., 2007; Martínez, 2015; Olsen y Clausen, 2013; Ruiz et al., 2012; Santos, 2011b).

La cuarta variable predictora del modelo, el tiempo de cuidado del bebé analizó las horas de cuidado dedicado al bebé por las madres. El modelo de crianza natural promueve el cuidado a los hijos e hijas, su atención y educación a lo largo del día de manera responsiva (Gutman, 2009; Jové, 2006), disponible, facilitando conductas exploratorias y expresivas emocionalmente que responden con premura a las necesidades de sus bebés.

En quinto lugar, el tiempo de colecho suele ir unido inicialmente al tema de la lactancia, influyéndose mutuamente (Esparza y Auzpurua, 2010; Landa et al., 2012). El contar con la satisfacción de padres, madres, niños y niñas con el colecho aumenta, como en otras prácticas, la probabilidad de colecho del bebé y la duración del mismo.

Discusión y comentarios de los hallazgos de la investigación interpretativa

1. Discusión y comentarios de la pregunta inductiva de investigación
2. Discusión y comentarios de la pregunta deductiva de investigación

Capítulo XI Discusión y comentarios de los hallazgos de la investigación interpretativa

En este capítulo se discuten y comentan por separado los hallazgos de las dos preguntas de investigación planteadas, la primera de carácter exploratorio e inductivo (*¿Sobre qué temas conversan las personas participantes en el grupo?*) y la segunda de carácter comprobatorio y deductivo (*¿Cuáles son las evidencias que permiten afirmar que se realizan en ese grupo prácticas de crianza natural?*).

1. Discusión y comentarios de la pregunta inductiva de investigación

La enorme cantidad de comentarios y temas tratados por el grupo es signo del extraordinario apoyo que ofrece este medio de encuentro virtual e instantáneo para las familias en este momento de la crianza. La importancia de los apoyos informales, en este caso entre amistades, para afrontar la complejidad de las funciones parentales en la etapa de la crianza es recogida por autores como Martín et al., (2009). Respecto al medio tecnológico e interactivo, Rheingold (1993) define por primera vez estas comunidades virtuales en referencia a sus discusiones públicas mantenidas en el tiempo y con sentimiento humano para establecer redes de relaciones personales virtuales.

Entre los temas y categorías cabe destacar el elevado número de evidencias recogidas alrededor de alimentación, salud, redes de iguales, productos naturales, enseñar a menores, aprendiendo a comer, actividades de familias y formación y el menor número de evidencias en torno a crecimiento, sueño y colecho, desarrollo emocional, red de apoyo familiar, decisiones y lactancia. Aunque respecto a este último tema su transversalidad y amplia red de apoyo como añadimos más adelante puede justificar el reducido número de evidencias.

Esta distribución nos permite visualizar los temas que preocupan o interesan más al grupo en este momento en el que la mayoría de los bebés tienen menos de doce meses. El bajo número de evidencias recogidas sobre el embarazo y el parto se justificara al entenderse que estas prácticas están asociadas a momentos y necesidades distintas de las actuales. En base a lo que hablan, se puede inferir que se trata de un grupo de crianza con marcados intereses en alimentación saludable, ecológica y autorregulada, formación, fomento de ambientes de aprendizaje atractivos y motivadores dentro y fuera de casa, cooperación, uso de productos naturales y actividades en familia.

Los temas son tan ajustados a los intereses personales y a las situaciones de crianza vividas en el presente que cabe suponer que en evidencias correspondientes a otros meses los resultados se comportarían de manera diferente. Es interesante destacar que dos tercios de las madres se interesan por más de diez de estos temas de conversación, lo que viene a señalar los múltiples temas que suscitan curiosidad y atención en el grupo. Entre ellos destacamos por su número las redes de iguales y apoyo, la salud y la alimentación.

La cantidad de comentarios que se concentran en torno a la categoría de alimentación, tema más recurrente que llega casi a las mil evidencias, manifiesta el máximo interés del grupo en la alimentación equilibrada, la composición de los alimentos, los productos ecológicos, las recetas y consejos de cocina, las alergias, la selección en el consumo de lácteos y la ingesta de probióticos.

En el caso de los productos ecológicos se llega a crear un grupo de autoconsumo como signo de la preocupación por la alimentación y la ecología. El interés por el medio ambiente y la salud es comentado por autores como Sánchez (2014) en relación con el modelo de crianza natural. También se advierte un alto interés por disfrutar de la naturaleza, unas veces en familia y otras en grupo favoreciendo el encuentro presencial y la relación de adultos, niños y niñas.

El grupo valora enormemente esta red de iguales y el aprendizaje derivado del intercambio de experiencias, opiniones, actividades formativas, emociones, conversaciones y recursos, con múltiples evidencias que lo constatan. En este sentido, cabe destacar la conciencia del valor del aprendizaje que tiene el grupo y la proactividad que muestra en la búsqueda y organización de actividades formativas que respondan a sus inquietudes y necesidades, con la creación de talleres propios en los que participan personas expertas externas o incluso del propio grupo.

Este hecho, unido a algún espacio de ocio compartido, crea oportunidades de encuentro presencial que representan una diferencia respecto a las comunidades virtuales que, tal y como indica Sanz (2012), no precisan de un conocimiento presencial previo entre sus miembros. Así se va consolidando un modelo de relación más cercana en el que se aprecian relaciones de estima entre sus miembros y, muy especialmente, entre los niños y las niñas que coinciden e interactúan en estos encuentros de modo que se genera una fusión entre grupo de apoyo, comunidad de interés y aprendizaje y conjunto de amistades. Esto también repercute en que en los momentos de solicitar asesoramiento en el grupo, al ser la relación más cercana, las participantes realizan consultas de un nivel de intimidad mayor que en un foro virtual abierto entre personas que no compartieran esta cercanía afectiva.

Cabe destacar también, junto con la valoración positiva que las personas participantes hacen del aprendizaje obtenido gracias al grupo, la importancia atribuida a la satisfacción que les produce ser miembros del mismo y al inestimable apoyo emocional que encuentran en este. Este tipo de apoyo informal, según Hidalgo (1998), aporta satisfacción y bienestar como factores predictores de una buena transición vital a la maternidad y a la paternidad, al tiempo que promueven un desempeño competente de los nuevos roles maternos y paternos por los beneficios en el aspecto emocional y el desarrollo de tareas de este tipo de ayuda. Garrido (2012) también cita el interés de estas comunidades virtuales de crianza como modelos sociales de cercanía y acompañamiento.

Un aspecto importante en estos apoyos prestados por el grupo objeto de nuestra investigación, en el que en mayor o menor medida todas las personas participan, es la reciprocidad, la ayuda mutua y personalizada. Lila y Gracia (1996) afirman que estas redes informales ofrecen asistencia diferente en función de las personas involucradas, configurando sistemas ecológicos de ayuda y apoyo mutuo. A su vez, esta ayuda mutua se convierte en un sistema de cooperación en el que las madres se adaptan a los tiempos y circunstancias actuales creando, como afirma Garrido (2012), una versión contemporánea que suplente la función social de apoyo físico y emocional que han desarrollado tradicionalmente a lo largo de la historia las redes de mujeres en torno a la maternidad.

Este grupo emplea expresiones marcadas por el lenguaje cooperativo de la crianza aludiendo a las “comadres” y a la “tribu”. Estas expresiones están directamente relacionadas con conceptos como el de *alomadres/alopadres* y el de crianza cooperativa (*cooperative breeding*) explicados por Hrdy (2003) en referencia a la ayuda de otros miembros del grupo diferentes al padre y a la madre genéticos en la crianza de los hijos e hijas para sobrellevar el

enorme esfuerzo que supone su crianza. En este sentido cabe añadir también el estudio de Mychasiuk, Zahir, Schomold, Ilnytsky, Kovalchuk y Gibb (2012) en el que constatan que las crías que mayores competencias emocionales y sociales manifestaban son aquellas cuidadas conjuntamente por varias madres responsivas, en vez de únicamente por su madre biológica. En el otro extremo, pero en este mismo sentido Gutman (2009) considera que la familia nuclear es el peor sistema para criar niños y niñas por su necesidad de socialización en grupo.

Mencionado el término de madres responsivas, aparecen múltiples evidencias en el grupo que denotan la actitud responsiva con la que las madres y los padres se acercan a la crianza. Según Jové (2006), las madres responsivas son madres disponibles, facilitadoras de conductas exploratorias y expresivas emocionalmente que atienden con premura las necesidades de sus bebés. Estos sentimientos maternos tienen una base neurohormonal o química que opera en el cerebro de la madre facilitando estas conductas. Maldonado et al., (2008) afirman que la oxitocina provoca vinculación afectiva, respuestas sensibles, pacientes y cariñosas, disminuye la ansiedad, aumenta la sensación de confianza en otros, y promueve el fortalecimiento de lazos afectivos interpersonales entre los miembros de un grupo social. Martínez (2012) también alude a estos efectos positivos hormonales y químicos fomentados gracias al contacto físico. La fácil sintonía lograda en el grupo puede estar facilitada por este tipo de cuestiones neurohormonales y químicas, además de por cuestiones relacionadas con el hecho de compartir una misma visión del embarazo, el parto y la crianza.

Como se ha constatado, el grupo aborda una gran cantidad de temas relacionados con la crianza y la educación de sus hijos e hijas. Desde las primeras horas de la mañana hasta las últimas de la noche, y en ocasiones de madrugada, se vierten en el grupo preocupaciones e inquietudes que manifiestan conciencia y responsabilidad educativa que muestran que cada minuto y cada acción importa en la crianza. Se registran evidencias de aspectos relacionados con transiciones satisfactorias al final del primer año del bebé en cuanto a amplia red social, pareja como fuente de apoyo, buena relación y reparto de tareas igualitario, modernas ideas evolutivo-educativas, satisfacción con la parentalidad, control de tipo interno de personalidad y nivel de estudios medio-alto que coinciden con los contenidos recogidos por Hidalgo (1994) en relación con la transición a la parentalidad. Este último dato se deduce de las ocasiones en las que las madres comparten sus ocupaciones profesionales haciendo referencia a sus trabajos como enfermeras, docentes, informáticas, etc.

Esta red de apoyo ofrece un elevado número de muestras de apoyo a las madres, al tiempo que las refuerza positivamente en sus prácticas y decisiones. Esto provoca una mejora en la autopercepción de su competencia parental, aspecto clave para valorar positivamente su rol como madres. Pérez et al., (2010) afirman que la evaluación positiva y optimista del papel que la persona desempeña en la educación y el cuidado de sus hijas e hijos atenúa la aparición de estrés parental, aspecto muy importante ya que los niveles altos de estrés parental suponen un factor de riesgo evidente en las prácticas educativas al provocar bajos niveles de afecto y comunicación en las relaciones con los hijos y las hijas.

En cuanto a la buena connivencia que cabría esperar entre el apoyo informal y formal es importante mencionar que dicha complementación positiva se da con profesionales afines a la visión del grupo sobre la crianza, al que a menudo son invitados para compartir talleres de formación o charlas informativas en las que destaca el modelo experiencial definido por Martín et al., (2009). Este tipo de aprendizajes cohesionan al grupo en torno a valores compartidos relacionados con la alimentación, la educación y las prácticas de crianza.

También hay otro hecho que cohesionan al grupo, de manera reactiva, y es cuando se producen contactos con algunos/as profesionales con limitaciones para ayudar a enfocar los problemas en positivo y generar confianza en las madres respecto a prácticas saludables como la lactancia. Lila y Gracia (1996) mencionan el hecho del surgimiento de grupos de autoayuda por antipatía o antagonismo hacia profesionales. Este aspecto es relevante en este grupo por sus reacciones ante comentarios y orientaciones de pediatras que generan malestar, enfado e incluso sarcasmo en el grupo. Estas actitudes y emociones son consecuencia de la confrontación del conocimiento que el grupo gestiona a diario con sus prácticas de crianza con el que se encuentra en las consultas, principalmente por desacuerdo con la lactancia prolongada. Otro aspecto de conflicto lo origina el crecimiento somatométrico de los bebés, provocado por la preocupación de algunos profesionales respecto a los percentiles de desarrollo de las gráficas de crecimiento. Las madres argumentan que no se deben utilizar las gráficas de la OMS (2006), más adecuadas para bebés lactantes (González, 2012), y que no se atiende antes al aspecto y conducta saludable de los niños y las niñas.

Esta comunidad de interés y aprendizaje, como se ha podido comprobar en múltiples evidencias y comentarios, está al día en cuestiones relacionadas con sus prácticas y suele consultar información difundida por organismos nacionales e internacionales respecto a la lactancia y otras prácticas. Esta autoevaluación de sus conocimientos adquiridos y compartidos en el grupo les lleva a cuestionar a profesionales que consideran poco

informados/as y carentes de actualización profesional respecto a determinadas prácticas. Esta ruptura imposibilita un intercambio constructivo de metas compartidas en beneficio de la salud del bebé, lo que genera un elevado grado de frustración en estas madres. Se evidencia así una gran diferencia entre las familias sin formación que acuden a estos profesionales y acatan sus recomendaciones, a las que lo hacen con un bagaje formativo previo que les permite cuestionar y discutir con fundamento la idoneidad las orientaciones de algunos pediatras.

La lactancia es un claro ejemplo de cómo entre los temas, las prácticas y los cuidados existen conexiones cuya interrelación justifica la presencia de las mismas evidencias en distintas subcategorías. La lactancia es la más transversal en todos los comentarios y temas de modo que, aunque se han codificado múltiples evidencias en la categoría lactancia materna, se pueden encontrar más referencias a esta en otras subcategorías: autoaprendizaje en grupo, refuerzo como grupo en apuros, otros grupos, apoyo de los padres, crecimiento somatométrico, higiene, confianza y desconfianza ante los pediatras, embarazo y parto. Destaca en este apartado la importancia del apoyo y el asesoramiento grupal en referencia al importante trabajo que desarrollan las asociaciones y grupos de lactancia, razón que lleva a pensar que las dudas relacionadas con este tema o el asesoramiento necesario es atendido en otros grupos de manera simultánea. Múltiples estudios e investigaciones (Gutman 2009; Aler 2011; Massó 2013; Massó y Martos 2015) demuestran la asociación entre lactancia materna y lactancia prolongada, y las relaciones de cooperación establecidas en grupos de lactancia, asociaciones activistas y otras acciones grupales que fomentan y defienden la lactancia materna.

Esta y otras múltiples situaciones nos sitúan frente a un grupo de familias que opta por un camino menos asfaltado y más alternativo en la crianza, y podemos decir también que menos habitual y más intenso. Este grupo no se conforma con el actual panorama médico, social, educativo, alimentario, consumista e individualista, y busca con esfuerzo, renunciando al confort establecido, el bienestar de sus hijos e hijas en otro orden de prioridades biológicas y éticas.

Respecto a la pareja, en múltiples ocasiones aparecen evidencias que confirman la necesidad de apoyo mutuo, como recogen García-Vidal (2013) y Soler (2013). Este grupo presenta dosis extraordinarias de motivación, interés, curiosidad, introspección y capacidad metacognitiva para identificar sus necesidades y metas, y buscar el intercambio, la formación y el asesoramiento para su conseguirlas. Observamos a un conjunto de personas que

comparten la visión de una crianza respetuosa en ritmos, paciente con el desarrollo cognitivo, social y emocional de los niños y las niñas, cercana, pacífica, empática, defensora del contacto corporal y afectiva.

Este es un grupo de madres que mayoritariamente no limitan el desarrollo y movimiento de sus hijos e hijas como indican Ferré y Ferré (2008, citado en Valiente, 2015) al afirmar que donde hay movimiento hay percepción y, por lo tanto, aprendizaje. A la hora de poner límites siguen orientaciones semejantes a las de García (2011) que propone decir *sí* siempre que es posible y *no* cuando es necesario. Las personas de este grupo reaccionan con diferentes actitudes ante las críticas que confunden el trato afectivo y respetuoso y la disciplina positiva que sustenta el modelo de crianza natural con la negligencia o la permisividad (Medina, 2011).

Todas las evidencias recogidas confluyen en el cuidado a los menores, y las distintas categorías hacen explícita la búsqueda del bienestar infantil y el buen trato citado por Barudy (2009), que está también relacionado con las competencias parentales y los recursos de ayuda a los padres y las madres para que puedan satisfacer las necesidades de los menores: cuidado, protección, educación, respeto, empatía y apego.

Estas madres encuentran en algunas metodologías los recursos necesarios para ofrecer a sus hijos e hijas materiales educativos que concuerdan con sus valores de crianza, como es el caso del método Montessori. Esta metodología responde a los descubrimientos actuales de la neurociencia respecto al adecuado efecto en el desarrollo de los niños y las niñas. No es extraño observar cómo este grupo de crianza, que promueve el máximo respeto a los ritmos de los niños y las niñas, se acerque a metodologías educativas que promueven ese mismo respeto, ajuste y sensibilidad con las necesidades de los menores (Bruer, 2000).

Cabe mencionar también las múltiples evidencias relacionadas con las competencias emocionales de las personas del grupo. Los comentarios muestran comportamientos favorecedores de educación emocional, recogidos por Bisquerra y Pérez (2007), como capacidad de expresión y comprensión emocional propia y de los demás, regulación emocional en el control de la impulsividad, la tolerancia a la frustración, constancia y paciencia, afrontamiento de retos y situaciones de conflicto así como capacidad de autogenerarse emociones positivas. Estas competencias acercan el modelo de crianza natural al estilo autoritativo (Baumrind, 1967), por el afecto, el cariño, y el respeto a la individualidad, personalidad e intereses del niño/a. Las competencias emocionales, junto con el establecimiento de límites, genera en los niños y en las niñas mejor desarrollo social según

Franco et al. (2014), quienes afirman que en la actualidad preocupan más las dimensiones presentes en las interacciones (comunicación, afecto, control, exigencias, compromiso, grado de satisfacción con la crianza) y las competencias parentales que el tipo de estilo parental.

Las evidencias analizadas muestran cómo estos padres y madres atienden las funciones de cuidado y protección, estructura y orientación, reconocimiento y capacitación recogidas en la Recomendación del Comité de Ministros Europeos (2006). También manifiestan el desarrollo de habilidades parentales destacadas por Rodrigo et al. (2009) y relacionadas con habilidades educativas, de agencia parental, de autonomía personal y búsqueda de apoyo social, para la vida personal y de organización doméstica. Todo esto manifiesta un abordaje natural, holístico, sistémico, integral, respetuoso y emocional del modelo de crianza natural en estas familias.

2. Discusión y comentarios de la pregunta deductiva de investigación

Las evidencias relacionadas con el embarazo y el parto natural son pocas con relación al resto de prácticas de crianza natural. Las madres suelen conversar sobre situaciones diarias, razón por la cual el embarazo y el parto quedarían fuera de estas conversaciones más vinculadas al día a día de la crianza.

De los comentarios analizados en referencia a los cuidados del embarazo, se recoge interés por la alimentación, la realización de actividad física moderada, el entretenimiento y las actividades de ocio, los remedios naturales y el descanso.

En el caso del parto la preocupación se centra en el respeto de la lactancia en las primeras horas y en los derechos de los niños, las niñas, los padres y las madres en la hospitalización tras el parto. El grupo argumenta la defensa de estos derechos en base a documentos como la Carta de los Derechos de los y las Pacientes (1984), la Carta Europea de los Niños y las Niñas Hospitalizados (1986), Recomendaciones sobre hospitalización (1987) y Carta de la Asociación Europea de Niños y Niñas hospitalizados (1988), o la referencia a profesionales que los conocen y pueden ayudar en la defensa de los mismos. Las madres manifiestan especial preocupación con el hecho de verse separadas de sus hijos/as en situaciones de hospitalización o tratamientos hospitalarios. Estas madres defienden especialmente algunos derechos de los niños y las niñas en etapas tempranas relacionados con el contacto con su padre y su madre día y noche, la alimentación exclusiva de leche materna y el hacer piel con piel al nacer. Refieren situaciones actuales en los hospitales que evidencian la necesidad de continuidad de acciones de información, sensibilización, formación y

seguimiento con profesionales y familias. La defensa activa de estos derechos es un rasgo característico del modelo de crianza natural.

En las evidencias analizadas no se encuentra ninguna alusión a una de las prácticas iniciales vinculadas a este modelo de crianza, el parto natural. En el *skimming* y el *scanning* realizado inicialmente sí se encontraron evidencias relacionadas con esta y otras prácticas características de la crianza natural en base a una acotación mayor de las fechas y meses de muestra de evidencias. Esto nos lleva a pensar que no debemos atribuir más o menos importancia a una práctica de crianza natural en relación con el número de evidencias encontradas, pues la presencia, ausencia, aumento o disminución de las mismas atiende más a criterios temporales o circunstanciales que a la importancia o relevancia concedida a tales prácticas en el grupo.

El porcentaje de evidencias relacionadas con el colecho no es muy alto pero los comentarios recogidos lo valoran positivamente pese a la limitación del espacio de la cama, la constatación de algún leve accidente o las críticas del entorno. Algunas madres relatan la satisfacción que les produce esta práctica y cómo las abuelas y abuelos se suman a ella compartiendo siestas o noches con los bebés. Otras, comentan sentirse incomprendidas en su entorno social y familiar desarrollar esta y otras prácticas. Se observa cómo, a menudo, la práctica del colecho va ligada a la lactancia materna tal y como afirman Ball (2007), Esparza y Auzpurua (2010), Landa et al., (2012) y Santos et al., (2009).

En el tema de la lactancia, tema de importancia nuclear en el modelo de crianza natural, aparecen evidencias en las que se observa el esfuerzo de las madres en soportar valoraciones del entorno social y familiar o críticas en cuanto a amamantar a demanda, la prolongación de la misma y el momento de destete. En este tipo de comentarios, tal y como explica Massó (2010), se observa claramente la dimensión biológica y cultural de la lactancia. También aparecen los malestares hacia los pediatras que no apoyan la lactancia prolongada o incitan a complementar con leches de fórmula, suplementos o determinados lácteos. Por otro lado, el grupo reconoce la labor de pediatras que defienden la lactancia, el colecho y el porteo, dado que estos/as profesionales muestran su conocimiento de los beneficios de estas prácticas de crianza y de la importancia que la etnopediatría atribuye a la salud y el bienestar infantil, a las necesidades biológicas y emocionales (Garrido, 2013).

La importancia del contacto físico es una de las características más representativas del modelo de crianza natural y arroja muchas evidencias en las conversaciones referidas al piel con piel, a sostener a los niños y las niñas en brazos o a llevarles porteados. Las madres hacen

alusión a los beneficios del piel con piel recogidos por autores como Moore et al. (2012) y Navío et al. (2014). Destacan la mejora de la termorregulación del bebé por el efecto que el cuerpo de la madre provoca en el contacto piel con piel como indican Gómez et al. (2007). También comentan la naturalidad con la que sostienen habitualmente en brazos a los niños y las niñas, en ocasiones en contra de consejos de familiares, amistades o desconocidos que argumentan el peligro de que estos se malacostumbren. Estas madres no ven ningún riesgo en que los bebés se acostumbren a las muestras de contacto y cariño, coincidiendo en esto con López y Salmerón (2014) al entender que dar “muchos brazos” y satisfacer las necesidades del bebé optimiza su desarrollo físico, intelectual y emocional convirtiéndolos en futuros adultos más independientes y seguros. En este tema también aparecen comentarios donde se nombran los tipos de porteo utilizados fular, mochila, bandolera, etc. y la ayuda que prestan para dormir al bebé. Se observa el uso de porteos ergonómicos cuya importancia es destacada por Navío et al. (2014); López y Salmerón (2014).

Los comentarios relacionados con los cuidados del bebé muestran la gráfica de evidencias más alta junto con la lactancia y el contacto físico. En este apartado se hace alusión a múltiples cuidados, momentos y actividades. Los cuidados constatan continuamente el máximo respeto a los ritmos y necesidades del bebé reflejado también en las críticas a otras prácticas sociales, como el uso del castigo o de prácticas conductistas promocionadas en programas de televisión.

Destaca la importancia atribuida tanto a la alimentación saludable como a las actitudes para promoverla en los niños y en las niñas, e incluso los métodos utilizados para ello, como es el caso del *Baby led weaning* definido por Rapley (2008). El respeto al cuerpo del bebé aparece en las conversaciones referidas a la no colocación de pendientes en las recién nacidas. Las alusiones a los cuidados naturales y homeopáticos también se incluyen aquí destacando el uso de la leche materna como analgésico (González, 2010) y como remedio natural ante irritaciones y otros problemas. Las madres también comentan cómo muchos de los cuidados que practican las llevan a ser calificadas de “malas madres” por personas que critican que no ofrezcan a sus hijos e hijas los tratamientos farmacológicos convencionales, y hagan uso de las prácticas sociales y educativas más habituales y normales en el resto de familias. En este apartado también se incluyen referencias a las dificultades para conciliar trabajo y crianza, y al tiempo de dedicación a sus hijos e hijas en entornos de juego y esparcimiento o en casa. Además, se observa cómo las madres preparan actividades educativas y realizan adaptaciones

en casa para adaptarlas al desarrollo de los niños y las niñas como propone el método Montessori.

En las evidencias analizadas se muestra cómo las madres a menudo manifiestan su incredulidad con el hecho de que se cuestionen social y profesionalmente sus prácticas y sin embargo no se cuestionen de igual modo otro tipo de prácticas aparentemente más nocivas pero normalizadas en nuestra sociedad. En este sentido coinciden con Porter (2007) quien confirma que no existe evidencia científica para desaconsejar prácticas como el colecho y sin embargo se mantienen otras prácticas infantiles normalizadas como acostumbrarlos a dormir solos, a que lloren, a que se alimenten cuando “les toca”, y de las que sí existen evidencias de sus efectos nocivos.



CONCLUSIONES,
LIMITACIONES
E IMPLICACIONES

Conclusiones

Las conclusiones que se exponen a continuación se han agrupado considerando los objetivos y preguntas planteadas en esta investigación en torno a los siguientes apartados: diferencias entre la crianza natural y otros modelos de crianza, diferencias en el modelo de crianza natural, temáticas de interés en el modelo de crianza natural, prácticas que predicen y confirman la crianza natural.

Diferencias entre la crianza natural y otros modelos de crianza

Tras el análisis que hemos realizado para ver las diferencias entre los modelos y las prácticas de crianza de las familias de este estudio, hemos llegado a la conclusión de que las prácticas asociadas originalmente a la crianza natural no son implementadas exclusivamente por las personas que practican este modelo, sino que se dan también en otros modelos de crianza (tradicional y combinado). Hemos encontrado diferentes razones y niveles en el desarrollo de estas prácticas por las familias de cada modelo pero, independientemente de estos aspectos, podemos afirmar la existencia de un modelo emergente de educación emocional relacionado con prácticas de crianza natural.

Las variables sociodemográficas de la muestra evidencian cómo estas prácticas no se vinculan específicamente con familias de entorno sociocultural bajo-medio o de actitudes alternativas activistas o antisistema, como a veces se ha pensado. Nuestro estudio confirma el desarrollo de prácticas del modelo de crianza natural en familias de nivel sociocultural medio-alto. Este dato permite describir un perfil de madres con curiosidad, motivación, inquietud, capacidad de búsqueda y contraste para investigar diferentes modelos y prácticas de crianza. Estas actitudes les llevan a menudo a distanciarse de modelos tradicionales e iniciarse en

prácticas consideradas alternativas y minoritarias, nuestra investigación nos lleva a pensar que no son ni minoritarias, ni alternativas.

A nivel general todas las madres presentan parecidas competencias, altas en desarrollo personal y resiliencia, y en la competencia de promoción de la actividad física y educativa, y menor en el desarrollo de la competencia de búsqueda de apoyo formal e informal.

A nivel particular, las madres de 38 años o más, presentan puntuaciones mayores en varias competencias (educativa, organización escenario familiar, búsqueda de apoyo formal e informal, integración y participación comunitaria) respecto a las madres de 20 a 37 años.

Los aspectos que marcan las principales diferencias entre las prácticas de los distintos modelos de crianza hacen referencia, fundamentalmente, a cuestiones relacionadas con la preparación al parto, la presentación de un plan de parto o la búsqueda de un parto natural.

Como aspecto diferenciador en el modelo de crianza natural, se constata una mayor preparación al parto que incluye tanto el cuidado del embarazo a nivel físico como emocional, y que empodera a la mujer conectándola con su naturaleza mamífera y con la sabiduría ancestral en sustitución de la habitual intervención médica.

En el modelo de crianza natural, se constata el mayor porcentaje de partos naturales y el respeto de los ritmos biológicos internos en los que la oxitocina natural facilita el proceso del parto sin necesidad de recurrir a sustancias artificiales, más frecuentes en el modelo combinado y tradicional con la imposición de protocolos médicos intervencionistas.

En el modelo de crianza natural, la información, el asesoramiento y la preparación del parto permiten un mayor conocimiento de las características y de la fisiología del parto, y una mayor libertad en la elección de las condiciones del mismo. Los beneficios de un parto natural en la salud del bebé y de la madre son reconocidos a nivel nacional e internacional, sin embargo las tradiciones obstétricas, y la educación afectivo-sexual y reproductiva recibida por las mujeres, suponen un gran obstáculo para la realización de estos partos naturales, menos habituales en el resto de los modelos de crianza estudiados.

Esta prevalencia del parto natural da nombre, junto con otras prácticas naturales, a este modelo de crianza “natural”. Esta forma de nacer exenta de prisas, inducciones, artificialidad y violencia confía en un nacimiento natural y pacífico como primer paso esencial para la formación de futuros ciudadanos y ciudadanas que establezcan relaciones conyugales, parentales, familiares y sociales basadas en modelos de buenos tratos hacia sí mismos y hacia los demás, mejorando también así sus futuras competencias y cuidados parentales.

El nacimiento del bebé es un momento de enorme relevancia neurobiológica, química y hormonal, donde encontramos otras marcadas diferencias. El modelo de crianza natural presenta una mayor frecuencia de contacto piel con piel respecto al resto de modelos. Constatamos así cómo el contacto físico con el bebé es muy valorado desde el principio en este tipo de crianza, denominada en ocasiones crianza corporal, y defensora de poner a los bebés en sistemas de porteo desde recién nacidos.

En todos los modelos de crianza, se constata el porteo de los bebés, aunque las razones proporcionadas diferencian a las madres de los tres modelos. En el modelo de crianza natural, estas razones están relacionadas con los beneficios que el porteo tiene para el bebé, sin embargo, el resto de madres proporcionan razones de comodidad personal para su uso.

Datos como el anterior constatan un aspecto diferenciador del modelo de crianza natural por su priorización constante del bienestar y superior interés del niño y de la niña respecto a otros modelos en los que prevalece, a menudo, el bienestar adulto. En el modelo de crianza natural, la importancia del bienestar de todos los miembros de la familia se equilibra en un ecosistema de intereses equitativo conforme avanza la edad del bebé y se reduce su dependencia de cuidados adultos.

Otro aspecto diferenciador entre los distintos modelos de crianza es la reacción de los niños y las niñas ante la despedida de su padre o de su madre. Los menores en el modelo de crianza natural muestran mayor desacuerdo ante la marcha de estos. La presencia continuada de los padres y de las madres en el modelo de crianza natural, unido a la falta de costumbre de sus hijos e hijas para enfrentarse a estas despedidas, pueden explicar esta diferencia. Esta continuidad en la atención a los bebés en este modelo coincide con un mayor porcentaje de madres desempleadas o que han solicitado excedencia para ocuparse de sus hijos e hijas. También destaca el hecho de que estas familias recurren más a otros agentes de crianza en su medio familiar, a diferencia del resto de modelos, que hacen uso de centros educativos como ayuda en la atención educativa y de cuidados de sus hijos e hijas.

Para finalizar estos contrastes, cabe mencionar que, en el modelo de crianza natural, existe menor inversión de roles, y las expectativas respecto a los hijos e hijas son más adecuadas que en los otros modelos. La mayor presencia de los padres y las madres del modelo de crianza natural y su aproximación a fuentes de conocimiento de desarrollo infantil, como se ha demostrado en el grupo de apoyo virtual, pueden explicar su ajuste de rol y expectativas.

Entre las evidencias analizadas destaca en el modelo de crianza natural la defensa activa de los derechos de los niños y de las niñas entre los que se promueve la erradicación de los castigos físicos. A su vez el estudio cuantitativo constata la menor frecuencia del castigo físico en el modelo de crianza natural respecto al resto de modelos de crianza. Recordamos que uno de los principios de la crianza natural alude a la disciplina positiva la cual también prescinde totalmente del castigo físico. Además estas familias buscan actividades formativas relacionadas con la expresión y gestión emocional las cuales les ofrecen mayores oportunidades para desprenderse de los modelos educativos tradicionales con los que pudieron ser educados o influidos en beneficio de estilos educativos más dialogantes y participativos para la búsqueda de soluciones en los conflictos con sus hijos e hijas.

Diferencias en el modelo de crianza natural

A continuación, exponemos las diferencias halladas dentro del propio modelo de crianza natural, las cuales han sido analizadas en función del mayor o menor grado de crianza natural de las madres.

En este caso, concluimos que a mayor grado de crianza natural, existe mayor preparación de planes de parto, mayor contacto piel con piel y mayor número de partos en hospitales públicos. Todo ello está relacionado con la búsqueda de las condiciones más propicias para el parto natural.

A mayor grado de crianza natural, mayor número de niños y niñas duermen al pecho, lo que pone de manifiesto dos de las prácticas más habituales y más influidas entre sí en el modelo de crianza natural: la lactancia y el colecho. Ambas prácticas responden a principios básicos de la crianza natural relacionados con la satisfacción de las necesidades de contacto físico, la importancia del apego seguro y el respeto a los ritmos, en este caso, de alimentación y de sueño infantil. Este respeto máximo de los ritmos de los niños y de las niñas ha llevado a algunos autores a citar este modelo con el nombre de crianza respetuosa, mientras otros autores enfatizan más la importancia del apego y la denominan crianza con apego.

La investigación realizada constata una mayor búsqueda de asesoramiento y formación de las madres del modelo de crianza natural para el uso del porteo y el consumo de probióticos, gracias al asesoramiento durante la crianza y a su asistencia a charlas o consultas de profesionales relacionados con los cuidados naturales y homeopáticos.

A mayor grado de crianza natural, existe mayor desacuerdo del bebé en la despedida de su padre y de su madre, algo que podemos relacionar con otra conclusión del estudio que

constata la mayor permanencia de estos niños y niñas en los entornos familiares, pues, a mayor grado de crianza natural más habitual es dejar a los niños y las niñas al cuidado de familiares en vez de en centros escolares. También se constata en estas madres menores competencias educativas y de organización del escenario familiar. Estas competencias enfatizan la coordinación con centros educativos y el establecimiento de normas relacionadas con horarios como el escolar. La valoración objetiva de estos aspectos no siempre es posible por el alto número de familias que no hacen uso de centros educativos en este primer año de crianza.

Encontramos un interesante hallazgo que relaciona un mayor grado de crianza natural con mayores emociones positivas en las madres. Este dato refleja, por un lado, la importancia concedida en este modelo al cuidado, expresión y educación emocional, lo que nos lleva a considerarla también un modelo de crianza emocional y, por otro, el énfasis en aspectos positivos (destacados también por la parentalidad positiva) lo que nos permitiría definirla como una crianza positiva también. Dado que no encontramos diferencias en otros aspectos que podrían vincularse a estas emociones positivas como son la satisfacción y eficacia parental creemos que el parto natural, el contacto físico, la lactancia, el colecho y el resto de prácticas desarrolladas por estas madres, además de estar claramente vinculadas a aspectos emocionales y empáticos, y ser motivo de cohesión entre ellas, promoverían la liberación de sustancias químicas que les ayudaría a autogenerarse emociones positivas.

El estudio nos permite constatar la importancia atribuida en el modelo de crianza natural al control del estrés. En varios momentos encontramos alusiones a la evitación o gestión del estrés: en el embarazo (preservando de situaciones estresantes a la mujer embarazada), en el parto natural (protegiendo al bebé del estrés producido por elevados niveles de cortisol), y en el día a día de la familia (cuidando los padres y las madres minimizar sus efectos para beneficio de sus competencias parentales). En este último caso, coincide la valoración de los niveles de estrés en estas familias con los niveles en otras familias practicantes de otros modelos de crianza.

La crianza natural es un modelo emergente que, valga la redundancia, sirve de modelo a otros, pues como hemos podido comprobar, en otros modelos de crianza se implementan cada vez más prácticas naturales. Las razones las podemos encontrar en la publicación de documentos y guías que recogen las recomendaciones de la OMS y recomiendan prácticas desarrolladas en el modelo de crianza natural (contacto piel con piel, lactancia materna, colecho, etc). Pero también cabe destacar la enorme difusión que ha conseguido este modelo

en los últimos años gracias a la etnopediatría virtual y a las múltiples páginas webs y espacios dedicados a la crianza natural, tanto en Internet como en los grupos de mensajería instantánea, que en un entorno más reducido pero también más íntimo, auténtico y cercano, creemos que sirven de expansión a un modelo cada vez más conocido.

Temáticas de interés en el modelo de crianza natural

El grupo de apoyo virtual a través de mensajería instantánea ofrece un entorno privilegiado de interacción en tiempo real y que desempeña una importante función de apoyo emocional.

Esta red de iguales, expertas en crianza, se ve reforzada y motivada por el efecto positivo de sus prácticas y de sus actitudes como madres responsivas, disponibles, expresivas emocionalmente y facilitadoras de conductas exploratorias.

El modelo de crianza natural se percibe como un modelo de crianza cuestionado por profesionales y otros sectores sociales. Las madres del modelo cuestionan a su vez tanto los modelos tradicionales como las orientaciones de la pediatría tradicional, buscando constantemente profesionales más respetuosos con sus prácticas y conocedores de los principios de la etnopediatría. Las críticas que estas madres hacen de las recomendaciones de los pediatras suelen estar fundamentadas no solo en sus experiencias personales sino también en la consulta de documentos, investigaciones, artículos de revistas especializadas y libros de autores de reconocido prestigio nacional e internacional.

El apoyo del grupo es muy importante para unas madres que a menudo se sienten incomprendidas y en oposición a un sistema que no sitúa el cuidado de los menores en el centro de las prioridades diarias. Critican a los profesionales porque robotizan la crianza ignorando los ritmos y emociones de los niños y las niñas, y porque no contrastan con evidencias científicas las recomendaciones y orientaciones proporcionadas por las organizaciones nacionales e internacionales sobre el cuidado infantil. Estas madres reciben a menudo consejos y críticas de personas que invalidan sus prácticas por no ser las habituales en su entorno social o familiar, lo que les lleva a un esfuerzo extraordinario por mantenerse a contracorriente en su manera de criar a sus hijos e hijas. Esta es una de las razones por las que recurren al grupo de apoyo, para coger fuerzas y reafirmarse en sus creencias, posiciones e intereses, lo que les recompensa en la mejora de su autopercepción como madres, la reducción del estrés y la mayor satisfacción con su rol, aspectos todos que se trasladan de inmediato a su crianza.

En los temas abordados por las familias cabría esperar más conversaciones referidas a las prácticas del modelo de crianza natural, sin embargo la mayor parte de ellas se centran en temas relacionados con la salud y la alimentación, con una frecuencia que llega a ser incluso mayor a la de las prácticas. Estos temas preocupan a las madres de cualquier modelo, pero el enfoque ecológico y natural de estas conversaciones nos lleva a pensar en una posible redefinición de las prácticas del modelo de crianza natural con intereses ampliados y nuevas prácticas en construcción relacionadas con el consumo de productos ecológicos, el cuidado de la alimentación saludable y la alimentación autorregulada (*Baby led weaning*).

La atención recurrente a temas como la lactancia y el contacto físico en diferentes subcategorías da sentido de la transversalidad de algunas prácticas así como su centralidad e importancia en este modelo de crianza natural.

El cuidado y bienestar infantil ocupa en los temas tratados una gran extensión y hace referencia a la continuidad en los centros escolares del modelo iniciado en casa. Se buscan enfoques pedagógicos como el del método Montessori y se hace uso de las “madres de día” o los “padres de día” como alternativas al centro educativo en una perspectiva de cuidado natural, emocional, afectivo, social y cooperativo.

Prácticas que predicen y confirman la crianza natural

En este punto cabe destacar, en primer lugar la importante relación entre la mayor duración del embarazo, la lactancia y el colecho, y el progresivo aumento del grado de crianza natural. Este dato reincide en la importancia que este modelo de crianza natural concede al respeto de los tiempos y ritmos del bebé reflejados en el respeto del momento del nacimiento, en el destete evolutivo y en el colecho. Concluimos, de este modo, destacando por encima de otros, los tres factores que predicen el modelo de crianza natural: la duración del embarazo, la lactancia y el colecho.

Respecto a la importancia atribuida al nivel de predicción de las distintas prácticas en el modelo de crianza natural, existen coincidencias en los resultados arrojados por las dos metodologías utilizadas, la cuantitativa y la cualitativa. La primera metodología predice el modelo de crianza natural en base al tiempo de lactancia materna, las razones del porteo, el parto natural, los cuidados del bebé y el colecho. En la segunda metodología las evidencias aluden a las mismas prácticas desarrolladas por las madres: cuidados del bebé, lactancia, contacto físico-porteo, colecho, cuidados de embarazo y parto natural. En el primer caso se presenta un orden de prioridad en dichas prácticas relacionado con la predicción del modelo

de crianza natural. En el segundo caso se han ordenado las prácticas en base al número de evidencias recogidas lo cual no nos permite asegurar que este criterio sea equiparable a un nivel de predicción, importancia o prioridad de dichas prácticas en el modelo. Un criterio así nos llevaría en nuestro estudio a establecer prioridad o importancia distinta a determinadas prácticas de la crianza natural en función del período y los meses utilizados de análisis de las evidencias del grupo.

El conjunto de prácticas asociadas al modelo de crianza natural está relacionado con el fomento del contacto físico y el apego seguro, el respeto a los ritmos, la autonomía y las necesidades de los niños y las niñas, la atención a competencias emocionales de adultos y menores, el énfasis en un enfoque natural del parto, la salud, la alimentación, los cuidados del bebé y el cuidado del medioambiente.

La crianza natural consiste no sólo en la elección más o menos consciente e informada de unas determinadas prácticas de crianza, sino en la integración en una visión holística, atenta por igual a cuidados, derechos, necesidades físicas y emocionales del niño o la niña, su familia y su entorno.

Limitaciones

Nuestro estudio ha intentado profundizar en el conocimiento del modelo de crianza natural gracias al marco de los métodos mixtos. La unión de metodología cuantitativa y cualitativa aúna las fortalezas de ambas y permite la corrección de los sesgos propios de cada una. Por un lado, se han encontrado en la investigación diferencias estadísticamente significativas y, por otro, el estudio del modelo de crianza natural en un ambiente de asepsia etnográfica (si es eso posible o incluso recomendable, según para qué autores) por las circunstancias comentadas del análisis *a posteriori* del vaciado de las conversaciones de mensajería instantánea, creemos que es muy novedoso.

Esta novedad emana de la observación y recogida de información que permiten los nuevos contextos virtuales de interacción instantánea y de la ausencia de cualquier tipo de limitación relacionada con la posible influencia de la investigadora en esas interacciones como ha sido el caso. Además la suma de procesos inductivos y deductivos y la colaboración de dos personas investigadoras en la metodología interpretativa ha reducido en gran medida la subjetividad de la investigadora principal que, ante todo, ha perseguido alcanzar conocimientos seguros y confiables. En palabras de Harris (1984), se puede abordar el estudio de pautas culturales con el deseo de cambiarlas en tratar de estudiar ciertas pautas culturales con el deseo de cambiarlas pues “la objetividad científica no tiene su origen en la ausencia de prejuicios –todos somos parciales–, sino en tener cuidado de no permitir que los propios prejuicios influyan en el resultado del proceso de investigación” (p.125).

Toda investigación conlleva limitaciones, por lo que apuntamos a continuación las que hemos identificado de manera más consciente en nuestro estudio:

- La investigadora principal ha desarrollado en su vida personal prácticas de crianza natural, se sitúa en un modelo combinado pero, por su vinculación y conocimiento del modelo, ha intentado distanciarse de su experiencia personal en este estudio para responder a las preguntas de la investigación con la máxima neutralidad y seguridad. Este sesgo no ha influido en las evidencias obtenidas tal y como se comenta en la metodología de este estudio.
- El modelo de crianza natural es tan amplio en fundamentos y prácticas que a menudo nos encontramos con temas o circunstancias cuyo interés justifica la dedicación exclusiva de una investigación a prácticas o fundamentos determinados que, en nuestro caso, ceden ante un ambicioso acercamiento global y holístico al modelo de crianza natural.
- El objetivo inicial era contar con información aportada por madres y padres pero, en el caso del cuestionario, fue respondido por un número minoritario de padres y, en el caso del grupo de mensajería instantánea, la participación de los padres tampoco fue una muestra representativa.
- El número de participantes de las muestras se ha visto limitado en ambas metodologías. En el caso de la metodología cuantitativa, debido a que en un momento dado dejaron de recibirse respuestas al cuestionario y, en el caso de la metodología interpretativa, porque el número de participantes del grupo se ceñía a las personas invitadas al mismo por la responsable de la actividad acuática a la que asistían los niños y las niñas de estas familias.
- En la investigación cuantitativa, la muestra resultante fue homogénea en las variables sociodemográficas, con un perfil sociocultural medio–alto. Encontramos una limitación en el hecho de no poder analizar el modelo de crianza natural en otros perfiles socio–culturales. Esta limitación se convirtió posteriormente en una oportunidad, pues el hecho de contar con una muestra tan homogénea nos permitió constatar que las diferencias encontradas en las madres eran atribuibles a los diferentes modelos de crianza y no a otro tipo de variables socioculturales.
- En el caso de la información del grupo de mensajería instantánea, el análisis de las conversaciones se hizo sin ver los emoticonos que suelen acompañarlas, pues no se visualizaban al exportar las interacciones al procesador de texto. Estos emoticonos habrían añadido información a las evidencias de texto de carácter emocional: tristeza, alegría, enfado, humor, etc.

- Para evitar los posibles sesgos de la investigadora principal en el análisis y en la categorización de la información del grupo, se compartió esta tarea con dos personas investigadoras más. A pesar de tener la autorización de las madres para el uso de toda la información compartida en el grupo, decidimos no exportar las fotos compartidas para proteger la imagen de los menores y para preservar también las fotos que el grupo había compartido en un entorno íntimo.
- Los procesos de *skimming* y *scanning* de la información extraída de las conversaciones mantenidas por el grupo reflejaron que, aunque los temas habituales se repetían a lo largo de todos los meses en algunas semanas o días, había especial dedicación a temas específicos. Hubiera sido interesante ampliar los meses de muestra pero el volumen de evidencias era inmenso.
- Nos hubiera gustado poder seleccionar determinadas evidencias de meses posteriores a los del análisis, pero establecimos el criterio de analizar las evidencias en su orden natural de aparición en los primeros cinco meses del grupo. A pesar de la constancia de la evolución a lo largo de los meses del grupo, con personas que abandonaban o se sumaban a este, surgen de continuo nuevos temas relacionados con el desarrollo y las nuevas etapas de los niños y las niñas, y también con la profundidad con la que se abordan algunas cuestiones.
- La categorización de temas y subcategorías se enfrentó a la dificultad de la continua transversalidad y confluencia de los temas, de manera que una sola evidencia solía recoger información relacionada con varias categorías o subcategorías. Esto requirió de múltiples criterios de acuerdo entre las tres personas responsables de esta tarea.
- Las personas investigadoras necesitamos parcelar a menudo la realidad para analizarla, pero las cuestiones objeto de nuestro estudio se resisten a ello, pues su realidad es sistémica y holística. La investigación cualitativa diferenció categorías inductivas y deductivas, aunque los resultados y objetos de discusión a menudo reclamaran un enfoque integrado.
- El contacto del grupo con determinados profesionales de la medicina ha podido generar influencias específicas que hayan hecho aflorar temas o prácticas que van más allá de las prácticas iniciales de crianza natural, pero que por sus características son próximas al modelo y por ello asumidas por un elevado número

de familias. Citamos como ejemplo la proliferación de los temas relacionados con la alimentación saludable, remedios naturales y medicina homeopática.

- El uso del lenguaje coeducativo para referirnos a los padres, las madres, las abuelas, los abuelos, los niños, las niñas, las personas participantes, las personas profesionales, etc., ha supuesto una atención extra y esperamos que no haya añadido un factor de complejidad a la lectura.

Implicaciones

Los esfuerzos volcados en esta investigación se verían recompensados si los hallazgos encontrados fueran motivo de inspiración para la realización de otros estudios. En un deseo menos o igualmente ambicioso, nos gustaría también que este trabajo llevara a profesionales y a familias a hacerse preguntas respecto a sus prácticas, el origen, razones y justificación de las mismas. Todas las personas las elegimos en base a nuestras características personales o profesionales, a nuestras situaciones específicas, con referencias de modelos desarrollados en nuestras familias o entornos profesionales, por el contacto con distintas experiencias y modelos, por el conocimiento recibido de expertos y expertas, con el aprendizaje generado en lecturas y formaciones o tras la prueba o ensayo de diferentes técnicas, métodos y prácticas que den respuesta a las demandas y retos diarios. Confiamos en que cada familia y cada profesional ofrece de este modo lo mejor de sí para el cuidado y la educación de los niños y las niñas. Estas y otras circunstancias nos llevan a comentar algunos temas y situaciones cuya investigación arrojaría luz en muchas cuestiones pendientes todavía de estudio:

- Queremos comenzar manifestando la necesidad e importancia de abordar de manera científica la definición de las razones, creencias, posiciones, intereses y motivaciones que llevan a profesionales y a familias a aplicar distinto nivel de introspección, metacognición, crítica, valoración de alternativas, actualización de prácticas, desarrollo de competencias y conexión emocional con las personas y sus necesidades.

- Unido al objetivo anterior, sería muy relevante conocer los motivos que explican el diferente nivel de aplicación e implementación de las recomendaciones de la OMS, de UNICEF y de las orientaciones al parto y al nacimiento de carácter estatal y autonómico en los paritorios de nuestro país con respecto al resto de países. Estas situaciones generan preocupantes diferencias en el nivel de intervencionismo en el parto y en los cuidados del embarazo. Este tipo de estudios se verían enriquecidos con el análisis específico de las posibles razones explicativas relacionadas con las características de las personas usuarias de los servicios, las competencias profesionales, los modelos de capacitación, formación y actualización profesional, la formación y preparación de las familias, etc.
- Un aspecto interesante en el que sería interesante profundizar es el de los modelos y metodologías utilizados en la formación de profesionales y en la formación de las familias ante la hipótesis de que las estrategias, las dinámicas y los ambientes de aprendizaje pueden generar diferencias en el desarrollo de las competencias de ambos. Sería innovador promover, en determinados momentos y fases de la formación, la posibilidad de reunir a profesionales y familias en espacios de formación compartida que ayudaran a desarrollar la empatía mutua necesaria para el trabajo colaborativo que, muchas veces, sus funciones requiere.
- A continuación, debido a la inmensidad de fundamentos, relaciones y prácticas halladas en el modelo de crianza natural, nos parece necesario realizar investigaciones que puedan abordar en profundidad y de manera específica cada uno de estos aspectos, o al menos los más relevantes. Nos parece interesante hacer hincapié en la investigación tanto de las prácticas originales como de las nuevas prácticas vinculadas al modelo de crianza natural y a otros modelos de crianza, así como profundizar en las repercusiones que tienen en la salud física y emocional de los niños, las niñas y los adultos.
- En atención al interés de estas familias por compartir los primeros meses o años de desarrollo y educación de sus hijos e hijas en un entorno más familiar que el centro escolar tradicional y, dada la importancia de la socialización de los menores y el interés en la crianza cooperativa de los adultos, sería conveniente responder con propuestas creativas y actualizadas a estas necesidades. Proponemos para ello la posibilidad de crear aulas en los centros escolares abiertas a la presencia y participación de las madres y los padres de los niños y las niñas. De este modo,

podremos responder a las necesidades educativas del entorno familiar que demanda más tiempo compartido con sus hijos e hijas y que manifiesta interés en implicarse y participar de estos momentos. Esta iniciativa responde también a una preocupación de las administraciones educativas y colectivos docentes por ofrecer escenarios educativos formales que permitan el desarrollo de competencias cognitivas, sociales y emocionales en la infancia y en la interacción entre iguales y adultos.

- En nuestro estudio constatamos que las prácticas originales del modelo de crianza natural aparecen en la actualidad en otros modelos de crianza. Esta realidad no nos ha permitido afirmar de manera rotunda que existe una expansión del modelo de crianza natural. Sería interesante conocer los motivos de la popularidad de estas prácticas y el motivo de su emergencia, y cuánto de ello se debe al modelo de crianza natural, en especial la dimensión del desarrollo de la educación emocional.

En síntesis, son muchas las propuestas investigadoras que se pueden abordar, pero lo más importante es que con ellas se siga avanzando en el respeto y cuidado del embarazo, el parto y la crianza como comienzo seguro para futuros desarrollos de modelos de educación emocional mediante la implementación de prácticas de bienestar de niños, niñas, familias y profesionales protagonistas de estos momentos.



BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Abidin, R. (1995). *Parenting Stress Index*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Agencia EFE. (2015). El Banco de Leche Materna beneficia en cinco años a más de 700 niños prematuros. Recuperado de: <http://www.ideal.es/granada/201505/18/banco-leche-materna-beneficia-20150518154830.html>.
- Aguirre, A. (Ed.). (1995). *Etnografía: metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Barcelona: Editorial Boixareu Universitaria–Marcombo.
- Ainsworth, M. (1979). Infant-Mother Attachment. *American Psychologist*, 34 (10) pp. 932-937.
- Aler, I. (2006). *La transformación de la maternidad en la sociedad española 1975-2005. Otra visión sociológica*. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2133098.pdf>: Fundación Centro de Estudios Andaluces.
- Álvarez, A. (2005). *Declaración sobre el llanto de los bebés*. Recuperado de: <http://www.primal.es/infancia/articulos/declaracion.html>
- Álvarez, L. (1996). Actualidad filosófica de A.Gehlen. *La ciencia de los filósofos*, 289-304.
- Álvarez, M. (2014). Evaluación de la implementación del programa crecer felices en familia en contextos comunitarios. [Tesis doctoral inédita]. Tenerife: Universidad de la Laguna.
- Álvarez, M. (2014). Evaluación de la implementación del programa crecer felices en familia en contextos comunitarios. Tenerife: [Tesis doctoral inédita]Universidad de la Laguna.

- Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- AMADE Y UNESCO. (2000). *Coloquio Internacional de Bioética y Derechos del Niño*. Mónaco. Recuperado de: <http://www.bioeticaweb.com/declaracion-de-masnaco-sobre-bioetica-y-derechos-del-niapo-2000-2/>.
- Amaguayo, M. (2013). Desarrollo de niños huérfanos de dos años de edad en un orfanato de la ciudad de Quito. Tesis doctoral. Universidad de Quito, Ecuador.
- American Academy of Sleep Medicine (AASM). (2005). *The International Clasification of Sleep Disorders*. Westchester: AASM.
- Andersson, O., Hellström-Westas, L., Andersson, D. y Domellöf, M. (2011). Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, vol. 343.
- Andréu, J. (2000). *Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada*. Recuperado de: <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>.
- Angrosino, M. (2012). *Etnografía y observación participante en la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Ank de Jonge, J., Mesman, J., Mannien, J., Zwart, J., Van Dillen, J. y Van Rosmalen, J. (2013). Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. *British Medical Journal*, pp. 1-10 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f3263>.
- Arriazu, R. (2007). ¿Nuevos medios o nuevas formas de indagación?: Una propuesta metodológica para la investigación social on-line a través del foro de discusión. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*. 8(3), Art. 37. Recuperado de: <http://nbnresolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0703374>.
- Asociación Española de Pediatría. (2012). *Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría*. Recuperado de: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna-comite-lactancia-materna>
- Asociación Primal. (2005). *Declaración sobre el llanto de los bebés*. Recuperado de: <http://www.primal.es/infancia/articulos/declaracion.html>
- Asparouhov, T. y Muthén, B. (2009). Exploratory Structural Equation Modeling. *Structural Equation Modeling*, 16, 397-438.
- Baddock, S. (2007). Sleep Arrangements and Behavior of Bed-Sharing Families in the Home Setting. *Pediatrics*. 119, pp. e200-e207.

- Badinter, E. (2011). *La mujer y la madre. Un libro polémico sobre la maternidad como nueva forma de esclavitud*. Madrid: La esfera de los libros.
- Badury, J. y Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y resiliencia parental*. Barcelona: Gedisa.
- Baildam, E. (1995). Duration and pattern of crying in the first year of life. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 37 (4) pp. 345-353.
- Bales, R. (1950). *Interaction process analysis: A method for the study of small groups*. Cambridge: Addison-Wesley.
- Ball, H. (2006). Parent-Infant Bed-sharing Behavior. Effects of Feeding Type and Presence. *Human Nature*. 17, pp. 301-318.
- Bardin, L. (1986). *El análisis de contenido*. Madrid: Akal.
- Barudy, J. (2009). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Basulto, J. (2013). *Se me hace bola*. Madrid: Debolsillo.
- Bauman, Z. (2005). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. México: FCE.
- Baumrind, D. (1967). Prácticas de cuidado infantil según tres patrones de comportamiento preescolar. *Psicología Genética*. 75 (1), pp. 43-88.
- Bavolek, S. J. y Keene, R. G. (2001). *Adult-Adolescent Parenting Inventory AAPI-2: Administration and development handbook*. Park City: UT: Family Development Resources, Inc.
- Belando-Montoro, M. (2014). Diversidad de intereses y necesidades de aprendizaje en una sociedad compleja y cambiante: la educación en el hogar como posibilidad. En I. Briones, (Coord.), *Educación en familia. Ampliando derechos educativos y de conciencia*. (pp. 299-312). Madrid: Dykinson.
- Berg, B. (2001). *Qualitative research methods for the social sciences*. Boston: Allyn and Bacon.
- Bergman, N. (2005a). El modo canguro de tener el bebé. *Sextas Jornadas Internacionales sobre Lactancia* (pp. 1-11). París: Recuperado de: http://www.quenooesparen.info/articulos/documentacion/documentos/elmetodocangurodetenerelbebe_nils_bergman.pdf.
- Bergman, N. (Director). (2005b). *Kangaroo Mother Care: Restoring the original paradigm for newborn care* [Película].

- Bernácer, R. (2014). *Alimentos probióticos y prebióticos para una dieta saludable*. Recuperado de <http://www.expobeautymagazine.com/n-/5939/alimentos-probioticos-y-prebioticos-para-una-dieta-saludable>.
- Berrozpe, M., Herranz, G., y Sader, B. (2015). *El debate científico sobre la realidad del sueño infantil*. From <http://www.suenoinfantil.net/>
- Bisquerra, R. (Coord.). (2011). *Educación emocional. Propuestas para educadores y familias*. Bilbao: Desclée de Broouwer.
- Bowlby, J. (1983). *Apego y pérdida, volumen III. La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Paidós SAICF.
- Bowlby, J. (1988). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del Apego*. Barcelona: Paidós.
- Bretherton, I. (1990). Los patrones de comunicación, modelos internos de trabajo y la intergeneración en la transmisión de relaciones de apego. *Salud Mental Infantil*. 11 (83) pp. 237-253.
- Brittany, B., Penny, M., Maheu-Giroux, M., Aguilar, E., Silva, Creed-Kanashiro, H. Joseph, S., Gagnon, A. Rahme y E. Gyorkos, T. (2013). Timing of umbilical cord-clamping and infant anaemia: the role of maternal anaemia. *Paedtrics and International Child Health*. pp 33-79.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bruer, T. (2000). *El mito de los tres primeros años*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Byrne, B. (2010). *Structural Equation Modeling with AMOS. Basic concepts, applications and programming*. New York: Routledge Taylor and Francis Group.
- Cabrera, E. (2013). Construcción y validación de un sistema de evaluación de Familias de riesgo psicosocial. Tenerife: [Tesis doctoral inédita]Universidad de La Laguna.
- Camacaro, M., Ramírez, M., Lanza, L., Herrera, M. (2015). Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Revista Internacional de filosofía iberoamericana y teoría social*. pp. 113-120.
- Camels, D. (2004). *Juegos de crianza*. Buenos Aires: Biblos.
- Canalda, A. (2014). Educación en familia: ampliando derechos educativos y de conciencia. En I. Briones (Ed.), *La protección del menor y la educación en familia* (pp.21-28). Madrid: Dykinson.
- Cantú, A. (2001). Modelo de capacitación a vendedores a sistema de multinivel. *Requisito parcial para obtener el Grado de Maestro en Administración de Empresas*.

- Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Contaduría Pública y Administración.
- Caprano, A. y Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Prensa Médica Latinoamericana*. VII (1). 83-95.
- Castaño, M. (2014). La asistencia al parto: del hogar al hospital. *Cultura de los cuidados. Edición digital*, Edición digital 18, 39. Recuperado de: <http://www.index-f.com/cultura/39pdf/3901.pdf>.
- Castillo, S. (2013). *Deconstruyéndonos y Reconstruyéndonos*. Ayacucho: Dunken.
- Castro, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Conamed*, pp. 37-42.
- Cea, M. (1996). *Metodología cuantitativa; estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Pirámide.
- Chaparro, C., Fornes, F., Neufeld, L., Tena Alavez, G., Equía-Liz, C. y Dewey, K. (2007). Early umbilical cord clamping contributes to elevated blood lead levels among infants with lead exposure. *Jama Pediatrics* 151 (5), pp. 506-512.
- Charfén, A. (2015). *Microbioma del bebé recién nacido y su relación con tipo de alimentación y tipo de parto y la salud*. Recuperado de: <http://cozybebe.blogspot.com.es/2015/04/microbioma-del-bebe-recien-nacido-y-su.html>.
- Charpak, N. y Figueroa, Z. (2015). *Método Madre Canguro, guías de manejo*. Bogotá: Fundación Cangur. Recuperado de: <http://fundacioncanguro.co/descargas/reglas-kmc-espanol.pdf>.
- Chess, S. y Thomas, A. (1984). *Origins and evolution of behavior disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- Claramunt, M. (2014). *Parir sin miedo. El legado de Consuelo Ruiz*. Santa Cruz de Tenerife.: OB STARE.
- Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. (2010). *Guía de asistencia del parto en casa*. Barcelona. Recuperado de: <http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/GUIA%20PART%20CAST.PDF>.
- Colson, E., Willinger, M., Rybin, D., Heeren, T., Smith, L., Lister, G., y Corwin, M. (2013). Trends and factors associated with infant bed sharing, 1993-2010: the National Infant Sleep Position Study. *Jama Pediatrics* 167, pp.1032-1037.
- Coltrane, S. (1996). *Family Man, Fatherhood, Housework, and Gender Equity*. New York: Oxford University Press.

- Coltrane, S. (2004). *Families and Society. Classic and Contemporary Readings*. Ontario: Thomson-Wadsworth.
- Comité de Ministros Europeos. (2006). *Recomendación Rec (2006) 19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo a la parentalidad positiva*. En: http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/r45-gurapapo/es/contenidos/informacion/parentalidad_positiva/es_parentpo/adjuntos/13.%20Recomendacion%20comite%20ministros.pdf: Council of Europe. Committee of Ministers.
- Consejo General de Enfermería. (2015). *Informe sobre competencias de matronas y tareas que realizan las Doulas*. From recuperado de <http://www.informedoulas.com/documents/informe-competencias-de-matronas-2015.pdf>
- Cortés, R. y Cantón, J. (2010). Familias monoparentales. En E. Arranz, y A. Oliva, *Desarrollo psicológico en las nuevas estructuras familiares* (pp. 35-50). Madrid: Pirámide.
- Crawford, M. (1994). Parenting practiques in the Basque Country: implications of infant and child-hood sleeping location for personality development. *Ethos*, 22,1, pp.42-82.
- Creswell, J. y Plano C. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks: Sage.
- Cuervo, A. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Revista Diversitas.Perspectivas en Psicología*. Vol.6. Nº.1.
- Dahl, R. y El-Sheikh, M. (2007). Considering Sleep in a Family Context: Introduction to the Special Issue. *Journal of Family Psychology*. 21, pp. 1-3.
- Darling, N. Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. *Psychological Bulletin*. 113, pp487-496.
- Dávila, R. (2013). Nacimientos humanizados y madres canguro. Recuperado de: <https://journalmex.wordpress.com/2013/09/26/nacimientos-humanizados-y-madres-canguro/>.
- Del Olmo, C. (2013). *¿Dónde está mi tribu?* Madrid: Clave intelectual.
- Delgado, M. (2005). El método canguro. *BSCP Can. Ped. Volumen 29*, nº 1, pp.17-22.
- DeMause, L. (1974). *La evolución de la infancia*. Recuperado de: <http://l.sb-10.com/istoriya/3057/index.html>: <http://l.sb-10.com/istoriya/3057/index.html>
- DeMause, L. (1975). The history of Childhood by Lloyd deMause. *The Journal of Modern History*. Vol. 47, No 2, p. 336-338.

- DeMause, L. (1991). *La evolución de la infancia. Historia de la infancia*. Madrid: Alianza-Universidad.
- Domínguez, D., Beaulieu, A., Estalella, A., Gómez, E., Schnettler, B. y Read, R. (2007). Etnografía virtual. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 8(3), Recuperado de: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0703E19>.
- Durrant, J. (2007). Disciplina Positiva. Save the Children. Recuperado de: <http://www.pandasa.co.za/images/PositiveDisciplineManual.pdf>.
- Elo, S. y. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advances Nursing*, 62(1), pp. 107–115 doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x).
- Elousa, P. y Zumbo, B. (2008). Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuesta categórica ordenada. *Psicothema*. 3, pp. 283-290.
- English, R. (2015). Use your freedom of choice: reasons for choosing homeschool in Australia. *Journal of Unschooling and Alternative Learning*, pp. 1-18.
- Eraso, J. Bravo, Y. and Delgado. M. (2006). Creencias, actitudes y prácticas sobre crianza en madres cabeza de familia en Popayán: un estudio cualitativo. *Revista de pediatría.*, 41 (3), 23-40.
- Estivill, E. y Bejar, S. (1996). *Duérmete niño*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Estrany, S. y Fernández, C.y Galdeno P. (2009). Situación actual del método canguro en España. *Metas Enf.* 12(3) pp. 50-54.
- Etxebarria, I., Apodaca, P., Fuentes, M. y Ortiz, M. (2009). La crianza y la educación de los hijos en la sociedad actual:¿ lo estamos haciendo bien? *Revista de Psicología Social.* 24 (1).
- Federici, S. (2014) Es un engaño que el trabajo asalariado sea la clave para liberar a las mujeres. *Eldiario.es* Recuperado de: http://www.eldiario.es/economia/engano-trabajo-asalariado-liberar-mujeres_0_262823964.html).
- Ferber, R. (1985). *Solve your child's sleep problems*. New York: Simon and Schuster.
- Fernández del Castillo, I. (2014). *Autismo, epigenética y el encarnizamiento de la atención al embarazo y al parto*. Recuperado de <http://isabelfernandezdelcastillo.com/oxitocina-autismo-y-el-encarnizamiento-de-la-atencion-al-embarazo-y-el-parto/>
- Fernández, F. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata*, 18, pp. 113-128.
- Field, T. (1995). *Touch in early development*. New York: Lawrance Erlbaum and Assoc.
- Fine, A. (2001). Pluriparentalités et système de filiation dans les sociétés occidentales. In D. B. Le Gall, *La pluriparentalité* (pp. p.69-93). París: PUF.

- Flora, D. y Curran, P. (2004). An empirical evaluation of alternative methods of estimation for confirmatory factor analysis with ordinal data. *Psychological methods*, 9, 466-491.
- Fonagy, P., Steele, M., Moran C., Steele, H., Higgitt, A. (1993). Midiendo el fantasma en la enfermería: Un estudio empírico de la relación entre las representaciones mentales de las experiencias de los niños y la seguridad del apego en la infancia. *Revista de la Asociación Psicoanalítica Americana*. 41 (4) pp. 957-989.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., Target, M. (1994). Conferencia Memorial de Emmanuel 1992. La teoría y práctica de la resiliencia. *Revista de Psicología y Psiquiatría Infantil*. 35 (2) 231-257.
- Fortier, J. y Marshall, M. (2015). Doula support compared with standard care. Meta-analysis of the effects on the rate of medical interventions during labour for low-risk women delivering at term. *Canadian Family Physician*, pp. e285-e292.
- Franco, N., Pérez, M. y De Dios, M. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 2, pp. 149-156.
- Freshwater, D. y Cahill, J. (2013). Paradigms Lost and Paradigms Regained. *Journal of Mixed Methods Research* 7(1) 3–5, doi: 10.1177/1558689812471276.
- Galán, D. (2015). Libros. Educación en familia. Ampliando derechos educativos y de conciencia. *Revista Complutense de Educación*, pp. 485-494.
- García, A. (2006). Parir en casa, una realidad. Experiencia 1986-2006. *Medicina Naturista*, 10, 592-597.
- García, V. (2005). *Psicología Evolutiva I*. Madrid: U.N.E.D.
- García-Vidal, L. (2013). *Crianza con apego porque sí*. Recuperado de: <http://www.pikaramagazine.com/2013/04/crianza-con-apego-por-que-si/>
- Garrido, M. (2012). *Etnopediatría en contextos virtuales*. Universidad de Extremadura. Tesis doctoral.
- Garrido, M. (2013). Antropología de la infancia y etnopediatría. *ETNICEX*, num.5, pp. 53-63.
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Iberoamericana de Psicología*, Vol. 38.Nº 3.493-507.
- Gerhardt, S. (2004). *¿Por qué el amor importa?: Cómo el afecto moldea el cerebro de un bebé*. Nueva York.: Brunner-Routledge.
- Gerhardt, S. (2008). *El amor maternal. La influencia del afecto en el desarrollo mental y emocional del bebé*. Barcelona: Albesa.

- Gil, E. (2012). *Diario de una mamá canguro. Manual de porteo adaptado*. Alicante: ECU. Edición.
- Gilligan, C. (2013). *La ética del cuidado*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Goetz, J. y LeCompte, M. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Goiria, M. (2012). Implantación social y encaje del homeschool en el ordenamiento jurídico español. España: Tesis doctoral. Universidad de Bizkaia. Departamento de Derecho Civil.
- Gómez, A., Pallás, C. Y Aguayo, J. (2007). El método de la madre canguro. *IV Congreso FEDALMA, Escuela Universitaria de Estudios Sanitarios de la Universidad Pública de Navarra*. (pp. pp. 1-23). Pamplona: Recuperado de http://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/legal/el_metodo_madre_kanguro.pdf.
- Gómez, E. (2002). Hacia la construcción de una metodología para el estudio de las comunidades virtuales. Una propuesta emergente. *Observatorio para la cibernsiedad*, Recuperado de: <http://www.cibersociedad.net/archivo/articulo.php?art=21>.
- González, C. (2007). *Bésame mucho. Cómo criar a tus hijos con amor*. Madrid: Temas de hoy.
- González, C. (2008). *Un regalo para toda la vida. Guía de la lactancia materna*. Madrid: Temas de hoy.
- González, E. (2009). Ansiedad en el embarazo y efectos en la madre y el feto: la relajación muscular progresiva, una opción terapéutica. *Revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud, Núm. 11 (enero-diciembre), 2009*, Num. 11, pp. 81-89.
- González, C. (2012). *Mi niño no me come*. Madrid: Temas de hoy.
- González, M., López, F. , Gómez, A. (2010). Familias homoparentales. En E. O. Arranz, *Desarrollo psicológico en las nuevas estructuras familiares* (pp. 101-120). Madrid: Pirámide.
- González, Y. (2010). *Amar sin miedo a malcriar*. Barcelona: RBA.
- Graham, G. (2011). *Crianza Positiva*. Recuperado de: <http://crianzapositiva.org/2011/03/que-es-la-disciplina-positiva/>
- Grau, C. y Fernández, M. (2015). Relaciones de parentesco en las nuevas familias. Diisociación entre maternidad/paternidad biológica, genética y social. *Gaceta de antropología*, 1-14.

- Grotjahn, R. (1987). On the methodological basis of introspective methods. In C. Faerch, G. Kasper, y (eds), *Introspection in second language research*. Clevedon: Multilingual Matters.
- Guba, E. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *ECTJ*, 29(2), pp.75-91. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/30219811>.
- Guba, E. y Lincoln Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. Denzin, y Y. Lincoln (Eds.). *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Thousand Oaks: Sage.
- Gutman, L. (2009). *La revolución de las madres*. Buenos Aires: Editorial del Nuevo Extremo.
- Hair, N., Hanson, J., Wolfe, B., Pollak, S. (2015). Association of child poverty, brain development, and academic achievement. *Jama Pediatric*. 1-8.
- Harris, M. (1984). *Introducción a la antropología general*. Madrid: Alianza editorial.
- Hayashi, K., Bentler, P. y Yuan, K. (2007). On the likelihood ratio test for the number of factors in exploratory factor analysis. *Structural Equation Modeling*. 14, pp. 505-526.
- Hernández, J. (2015). El antropocentrismo sociológico. La sociología como una disciplina no solo humana. *Sociológica*. 30, pp. 207-227.
- Heron, P. (1994). Non-reactive cosleeping and child behavior. Getting a good night's sleep all night, every night. *Master's thesis*. University of Bristol. Department of Psychology.
- Hidalgo, I., Menárguez, J., Ortín, E. y Sánchez, J. (2007). Integrando los valores y opiniones del paciente. Árboles de decisión. En J. Sánchez, *Atención sanitaria basada en la evidencia: su aplicación a la práctica clínica* (pp. 449-578). Murcia: Consejería de Sanidad. Recuperado de: http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacionyid=103yidsec=88#.
- Hidalgo, M. (1994). El proceso de convertirse en padre y madre. Análisis ecológico desde la psicología evolutiva. *Tesis doctoral no publicada*. Sevilla, España: Universidad de Sevilla.
- Hidalgo, M. (1998). Transición a la maternidad y a la paternidad. En *Rodrigo, M. y Palacios, J. (Coord.). Familia y desarrollo humano* (pp. 61-178). Madrid: Alianza Editorial.
- Hidalgo, M. (2008). El Programa de Formación y Apoyo Familiar: una Intervención desde los Servicios Sociales de Sevilla con Familias en Situación de Riesgo Psicosocial. Ponencia en Congreso. *IX Congreso Estatal de Infancia Maltratada*. Valencia.
- Hidalgo, M. (2009). Apoyo a las familias durante el proceso de transición a la maternidad y a la paternidad. *Familia*, 38, p.133-152.

- Hidalgo, P. (2014). Efectos del plan de parto en los resultados maternos y neonatales en el sector público de salud de Andalucía. Córdoba, España: Universidad de Córdoba. Tesis doctoral.
- Hine, C. (2004). *Etnografía virtual*. Barcelona: UOC.
- Hofer, M. (1983). *The mother-infant interactions a regulator of infant physiology and behavior, Sympiosis in Parent-Offspring Interactions*. New York: Plenum.
- Hrdy, S. (2003). *Evolutionary context of human development: The cooperative breeding model*. From http://www.psy.miami.edu/faculty/dmessenger/c_c/rsrscs/rdgs/attach/HrdyInCarter2005.pdf
- Hu, L. y Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure: convectorial criterial versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, pp. 1-15.
- Hutton, E., y Hassan, E. (2007). Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *JAMA*. 297, pp. 1241-1252.
- Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento. (s.f.). *IHAN*. From Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento. Recuperado de: <https://www.ihan.es>
- Isolaauri, E. (2001). The American Journal of Clinical Nutrition. *American Society for Clinical Nutrition*, 73, pp. 1142S-1146S.
- Jenni, O. y O'Connors, B. (2005). Children's sleep: An interplay between culture and biology. *Pediatrics* 115, pp. 204-216.
- Jenni, O. y LeBourgeois, M. (2006). Understanding sleep-wake behavior and sleep disorders in children: the value of a model. *Curr Opin Psychiatry*. 19 (3) pp. 282-287.
- Jiménez, J., Moreno, C., Oliva, A., Palacios, J. y Saldaña, D. (1995). *El maltrato infantil en Andalucía*. Sevilla: Dirección General de Atención al Niño. Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Johnson, B. y Onwuegbuzie, A. (2004). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher* 33(7) (October). 33(7), pp. 14-26.
- Johnson, B., Onwuegbuzie, A. y Turner, L. (2007). Towards a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*. 1(2), 112-133.
- Johnston, C. y Mash, E. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*. 18, pp.167-175. doi: 10.1207/s15374424jccp1802_8.

- Jones, S. (2003). Información, Internet y Comunidad: apuntes para una comprensión de la comunidad en la Era de la Información. *Cibersociedad*. 2, pp. 21-55.
- Jorge, N. (2006). *Las escuelas atraviesan una crisis de sentido*. Recuperado de: http://www.tendencias21.net/Las-escuelas-atraviesan-una-crisis-de-sentido_a950.html#
- Jové, R. (2006). *Dormir sin lágrimas. Dejarle llorar no es la solución*. Madrid: La Esfera de los Libros.
- Jové, R. (2009). *La crianza feliz. Cómo cuidar y entender a tu hijo de 0 a 6 años*. Madrid: La Esfera de los Libros.
- Keller, M. y Goldberg, W. (2004). Co-sleeping: help or hindrance for young children's independence. *Infant and Child Development*. pp. 369-388.
- Knibiehler, Y. y Fouquet, C. (2000). *L'Histoire des mères du Moyen Âge à nos jours*. París: PUF.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica*. Barcelona: Paidós.
- Krol, K., Monakhov, M., Ebstein, R. y Grossmann, T. (2015). Genetic variation in CD38 and breastfeeding experience interact to impact infants attention to social eye. *PNAS Plus Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112 (39) E5434-E5442 DOI: 10.1073/pnas.1506352112.
- Krystal, A., Benca, R. y Kilduff, T. (2013). Understanding the sleep-wake cycle: sleep, insomnia, and the orexin system. *J Clin Psychiatry*. (1) pp. 3-20.
- Lacoma, R. (2011). Nacimiento con amor. Parto mamiferizado y crianza como antesala de la educación biocéntrica. *Revista de pensamiento biocéntrico. Pelotas n° 16, jul-dic.*, pp. 93-122.
- Lagarde, M. (1997). *La política de las mujeres*. Madrid: Cátedra.
- Laguna, C. (2015). Se vende leche (materna). *El País*. Recuperado de: <http://smoda.elpais.com/articulos/se-vende-leche-materna/6243>.
- Lamas, M. (2001). *Política y reproducción. Aborto: La frontera del derecho a decidir*. México: Plaza y Janés.
- Landa, L., Díaz-Gómez, M., Gómez, A., Paricio, J., Pallás, C., Hernández, M. Aguayo, J., Arena, J., Ares. S., Jiménez, A., Lasarte, J., Martín. y Romero, M. (2012). El colecho favorece la práctica de la lactancia materna y no aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante. Dormir con los padres. *Rev Pediatr Aten Primaria*, pp. 53-60.

- LeBourgeois, M., Carskadon, M., Akacem, L., Simpkin, C., Wright, K, y Acherman, P. Jenni, O. (2013). Circadian phase and its relationship to nighttime sleep in toddlers. *J Biol Rhythms*. 28 (5) p. 322-331.
- Liedloff, J. (2008). *El concepto de continuum. En busca del bienestar perdido*. Tenerife: OB STARE.
- Lila, M., Gracia, E. (1996). La integración de los sistemas formales e informales de apoyo. *Informació Psicológica*. 58, pp. 28-34.
- López, E. y Salmerón, M. (2014). El porteo ergonómico. *Pediatría integral*, XVIII (10) pp. 774-780.
- López, F. (2008). *Necesidades en la infancia y en la adolescencia: respuesta familiar, escolar y social*. Madrid.: Pirámide.
- López, I., Menéndez, S., Lorence, B., Jiménez, L., Hidalgo, M., Sánchez, J. (2007). Evaluación del apoyo social mediante la escala ASSIS. *Intervención Psicosocial*. 16 (3) pp. 323-337.
- López, N. (2008). *Informe Científico sobre la Comunicación Materno-Filial en el embarazo. Células madre y vínculo de apego en el cerebro de la mujer*. Madrid: Universidad de Navarra.
- Luby, J. (2015). Poverty's most insidious damage the developing. *Jama Pediatric*. 169(9):810-811. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.1682.
- Ludington-Hoe, S., Cong, X. Y Hashemi.F. (2002). Infant crying:nature, physiologic consequencesm and select interventions. *Neonatal Network*. 21, 2, p. 29-36.
- Maccoby, E. y Martin, J.A. (1983). Socialization in the context of the family. Parent-child interaction. In P. Mussen, (Ed.). *Handbook of child psychology* (pp. 1-101). New York: John Wiley and Sons.
- Maderueloa, J., Harob, A., Pérez, F., Cercas, L., Valentíne, B. y Morán, E. (2006). Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo. Diferencias entre los dispositivos asistenciales. *Gac Sanit*, 20 (1) pp. 31-39.
- Máiquez, M., Rodrigo, M., Capote, C. y Vemaes, I . (2000). *Aprender en la vida cotidiana: un programa experiencial para padres*, pp. Madrid: Visor.
- Maisanche, A. (2015). Factores que condiciona el destete precoz de lactantes menores de 6 meses y su influencia con el desarrollo de infecciones respiratorias agudas en el subcentro de salud de Tisaleo en el período octubre 2013-marzo 2014. Ambato, Ecuador: Tesis doctoral. Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Ciencias de la Salud.

- Maldonado, M., Lecannelier, F. y Lartigue, T. (2008). Aspectos evolutivos de la relación madre-bebé. *Perinatol Reprod Human*. 22, pp. 15-25.
- Marín, M. (2015). Aspectos bioéticos del parto natural. *Tesis doctoral*. Murcia, España: Universidad de Murcia. Facultad de Letras.
- Marsh, H., Muthén, B., Asparouhov, T., Lüdtke, O., Robitzsch, A., Morin, A. y Trautwein U (2009). Exploratory structural equation modeling, integrating CFA and EFA: Application to students' evaluations of University Teaching. *Structural Equation Modeling*. 16, pp. 439-476.
- Martín J., Máiquez, M., Rodrigo, M., Byrne, S., Rodríguez, B., Rodríguez, G. (2009). Programas de Educación Parental. *Intervención Psicosocial* .V.18 nº 2. pp. 121-133.
- Martín, J. (2005). Evaluación del programa de apoyo personal y familiar para familias en situación de riesgo psicosocial. Tesis doctoral no publicada. Universidad de La Laguna.
- Martín, J. y Mesa, J. (2015). *Manuales docentes: Grado en Educación Primaria*. 1-165. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- Martínez, P. (2012). *Qué es la disciplina positiva y qué objetivos persigue*. Recuperado de: <http://www.maternidadcontinuum.com/2012/11/%C2%BFque-es-la-disciplina-positiva-y-que-objetivos-persigue/>
- Martínez, T. (2015). Etnografía sobre la decisión del parto en el domicilio. Alicante, España: Universidad de Alicante. Tesis doctoral. Departamento de Enfermería. Recuperado de: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46250/1/tesis_martinez_molla.pdf.
- Martiñá, R. (2003). *Escuela y familia: una alianza necesaria*. Argentina: Troquel.
- Massó, E. (2010). Crianza, socialización y derechos humanos: reflexiones en una sociedad postindustrial. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*.
- Massó, E. (2013). Deseo lactante: sexualidad y política en el lactivismo contemporáneo. *Revista de antropología experimental*. Nº 13, texto 31, pp. 515-529.
- Massó, E. y Martos, P. (2015). Tomándoselo a pecho: conversaciones sobre la teta. *Dilemata*. Nº 18 pp. 293-311.
- Maykut, P. y Morehouse, R. (1994). *Beginning Qualitative Research. A Philosophic and Practical Guide*. London: The Falmer Press.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*. 1(2), Art. 20.

- Mayring, P. (2014). *Qualitative Content Analysis. Theoretical Foundation, Basic Procedures and Software Solution*. Klagenfurt: SSOAR. Recuperado de www.ssoar.info/ssoar/handle/document/39527.
- Mc Kenna, J., y Gettler, L. (2015). There is no such thing as infant sleep, there is no such thing as breastfeeding, there is only breastfeeding. *Acta Paediatrica*, p.1-5. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.13161/pdf>.
- McDonald, S., Middleton, P., Dowswell, T., y Morris, P. (2013). *Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes*. Liverpool: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group.
- McKenna, J. (1996). Sudden Infant Death Syndrome in Cross-Cultural Perspective: Is Infant-Parent Cosleeping Protective? *Annual Review of Anthropology*. 25, pp. 201-216.
- McKenna, J., Ball, H. y Gettler, L. (2007). Mother infant cosleeping, breastfeeding and sudden infant death syndrome: what biological anthropology has discovered about normal infant sleep and pediatric sleep medicine. *Yearbook of physical anthropology*. 50: pp.133-161.
- Medina, I. (2011). *La crianza con apego y la educacion*. Recuperado de: <http://besarteannoticias.blogspot.com.es/2011/04/la-crianza-con-apego-y-la-educacion.html>
- Miller, A. (1980). *For your own good. Hidden cruelty in Child-Rearings and the roots of Violence*. New York: Farrar, Strauss and Giroux.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Guías de práctica clínica en el SNS. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Vitoria-Gasteiz, España: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Plan de parto y nacimiento. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, Centro de publicaciones.
- Mobbs, E., Mobbs, G., y Mobbs, A. (2015). Imprinting, latchment and displacement: a review of early instinctual behaviour influencing breastfeeding success. *Acta Paediatrica*, p. 1-7. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.13034/epdf>.

- Mohamed, R. y Abdell, I. (2015). Effect of early maternal/newborn skin-to-skin contact after birth on the duration of third stage of labor and initiation of breastfeeding. *Journal of Nursing Education and Practice*. Vol.5 N° 4, pp. 98-107.
- Moore, E., Anderson, C., Berman, N. y Dowswell, T. (2012). *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants*. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley y Sons, Ltd.
- Moreno, M. (1995). La determinación genética del comportamiento humano. Una revisión crítica desde la filosofía y la genética de la conducta. *Gaceta de la antropología*. 11, artículo 06, 1-19.
- Moreno, R., Martínez, R.y Chacón, S. (2000). *Fundamentos metodológicos en Psicología y ciencias afines*. Madrid: Pirámide.
- Morente, R. (2011). *La mediación en tiempos de incertidumbre*. Madrid: Dykinson.
- Morgan, B., Horn, A., Bergman. N. (2011). Should neonates sleep alone? *Biol Psychiatry*, 70, pp. 817-825.
- Muñoz, A. (2005). La familia como contexto de desarrollo infantil. Dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social. *Portularia*, N° 2, 147-163.
- Musitu, G. y Cava, M. (2001). *La familia y la educación*. Barcelona: Octaedro.
- Musitu, G. y García, J. (2004). Consecuencias de la socialización familiar en la cultura española. *Psicothema*. Vol. 16. N° 2. 288-293.
- Muthén, L. y Muthén B. (2011). *Mplus User's Guide (6ª Edición)* . Los Angeles: CA: Muthén y Muthén.
- Mychasiuk, R., Zahir, S., Schmold, N., Ilnytsky, S., Kovalchuk, O y Gibb, R. (2012). Parental enrichment and offspring development: modifications to brain, behavior and the epigenome. *Behav Brain Res*. 228, pp. 294-298.
- Narváez, D. y Lapsley, D. (2009). El desarrollo de la personalidad moral. El trío de la teoría ética y la personalidad moral. *Editorial universitaria de Cambridge*, pp. 185-214.
- Navarrete, L. (2011). Estilos de crianza y calidad de vida en padres de preadolescentes que presentan conductas disruptivas en el aula. *Tesis doctoral*. Universidad del Bío Bío. Chile: Recuperado de http://cybertesis.ubiobio.cl/tesis/2011/navarrete_1/doc/navarrete_1.pdf.
- Navío, C., Miranda, M. y Rodríguez, V. (2014). Método canguro utilizando portabebés en lactantes. *Trances. Revista de Transmisión del Conocimiento Educativo y de la Salud*. 2014, 6 (1) pp. 27-34.

- Nelsen, J. (2002). *Disciplina Positiva: consejos que invitan a la cooperación entre padres e hijos basados en la dignidad y el respeto*. Barcelona: Oniro.
- Nelsen, J. (2007). *Cómo educar con firmeza y cariño*. España.: Medici.
- Nelsen, J. (2014). *Conexión antes de la corrección*. Recuperado de: Disciplina Positiva: http://store.positivediscipline.com/Connection-Before-Correction_b_33.html
- Neuendorf, K. (2002). *The Content Analysis Guidebook*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Nugent, K. (1998). A doula makes the difference. *Mothering Magazine*.
- Odent, M. (1999). Insights into pushing, The second stage as a disruption of the fetus ejection reflex. *Midwifery today with international midwife*. 55, pp. 12-25.
- Odent, M. (2003). La hora siguiente al nacimiento: dejen en paz a la madre. *Ob stare*, N° 9.
- Odent, M. (2007). *El bebé es un mamífero*. Tenerife: Obstare Ob Stare.
- Odent, M. (2009). *La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad*. Tenerife: Ob stare.
- Oliva, A., Parra, A. y Arranz, E. (2008). Estilos relacionales parentales y ajuste adolescente. *Infancia y Aprendizaje*. 31, 93-106.
- Olsen, O. y Clausen, J. (2013). Parto planificado en el hospital versus parto planificado en el domicilio. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 11*, Art. CD0000352 doi: 10.1002/14651858.CD000352.
- Olza, I. (2013). *Las secuelas de la violencia obstétrica*. Recuperado de: <https://iboneolza.wordpress.com/author/iboneolza/page/9/>
- Olza, I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *C. Med. Psicosom*, N° 11, 79-83. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4906961.pdf>.
- Olza, I., Marín, M., López, F., y Malalana, M. (2011). Oxitocina y autismo: una hipótesis para investigar ¿la alteración de la producción de la oxitocina endógena en torno al parto puede estar involucrada en la etiología del autismo? *Revista Psiquiatrica de Salud Mental*, pp. 1-4. doi:10.1016/j.rpsm.2010.10.004.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1985). *Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre el nacimiento*. Recuperado de: <http://www.durga.org.es/webdelparto/images/oms-fortaleza.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetras y médicos*. Recuperado de:

- http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241545879/es/:
Departamento de salud reproductiva e investigaciones conexas.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Método canguro. Guía Práctica*. Ginebra: Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. OMS.
- Ortega, M. (2012). Evolución de las políticas sociales de conciliación en Europa. *Revista de Responsabilidad Social de la Empresa*.
- Owens, J. (2001). The practice of pediatric sleep medicine: results of a community survey. *Pediatrics*. 108, 3, pp.51-65.
- Padilla, I., Durán, V., Osorno, J. (2013). Contacto canguro. *Fundación Valle de Lili. Excelencia en salud al servicio de la comunidad*. Num. 208, pp. 1-4.
- Palacios, J., Sánchez-Sandoval, Y., y León, E. (2005). Adopción y problemas de conducta. *Revista Internacional de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. 19 (1) 171-190.
- Palchik, M. (2007). Nuestra terapia por el llanto: el llorar nos redimirá. *Revista médica de Rosario*. 73, pp. 142-147.
- Pallás, C. y Baeza, C. (2006). El mérido y la familia y la formación en lactancia materna. *Atención Primaria*. 38, pp.67-8.
- Palomar, C. (2005). Maternidad: historia y cultura. *La ventan*. 22, pp. 35-67
<http://www.revistascientificas.udg.mx/index.php/LV/article/view/782>.
- Paricio, J., Lizán, M., Otero, A., Benlloch, J., Beseler, B. y Sánchez, M. (2006). Full breastfeeding and hospitalizations as a result of infections in the first year of life. *Pediatrics*. 118, pp. 92-99.
- Pérez, C. (2015). Probióticos en la diarrea aguda y asociada al uso de antibióticos en pediatría. *Nutrición Hospitalaria*. pp. 64-67.
- Pérez, J. Lorence, B. Menéndez, S. (2010). Estrés y competencia parental: un estudio con madres y padres trabajadores. *Suma Psicológica*. Vol. 17. Nº 1, 47-57.
- Peterson, G. y Steinmetz, S. (2000). The Diversity of Fatherhood. Change, Constancy and Contradiction. In H. P. Peters, *Fatherhood: Research, Interventions and Policies, United States of America*, (pp. 315-322). The Haworth Press.
- Piñuel, J. (2002). Epistemología, metodología y técnicas de análisis de contenido. En AA.VV., *Estudios de sociolingüística 3*, (pp. 1-42). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Portalatín, B. (2015). Las doulas se defienden de las acusaciones de enfermeras y matronas. *El mundo*. Recuperado de:
Web:<http://www.elmundo.es/salud/2015/03/12/5501a2a422601d62128b457a.html>.

- Porter, L. (2007). All night long: understanding the world of infant sleep. *Breastfeeding Review*. 15 (3) pp. 11-15.
- Posada, A. (2015). La crianza humanizada. *Boletín del Grupo de Puericultura de la Universidad de Antioquia*, N° 155 Recuperado de: <http://www.tuytubebe.com/PDF/crianza-humanizada-elchupo.pdf>.
- Potts, L. (2014). Baby-led weaning in New Zealand. *Mosaic. La Legue League New Zealand Journal for Leaders*. pp. 26-28.
- Prescott, J. (1975). Body pleasure and the origins of violence. *The Bulletin of the Atomic Scientists*. 31, pp.10-32.
- Rapley, G. (2015). Baby-led weaning: The theory and evidence behind the approach. *Journal Health Visiting*. DOI: <http://dx.doi.org/10.12968/johv.2015.3.3.144>.
- Rapley, G. y Murkett, T. (2008). *Baby-led Weaning: Helping Your Baby to Love Good Food*. London: Vermilion.
- Recio, A. (2015). La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. *Dilemata*. n° 18, 13-26. Recuperado de: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/369>.
- Reichardt, C. y Cook, T. (1979). Beyond qualitative versus quantitative methods. In T. Reichardt, y C. Cook (Eds.), *Beyond qualitative versus quantitative methods*. Beverly Hills: Sage.
- Repetur, K. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria*. Volumen 6. n° 11 (2-15).
- Reynier de Espinoza, O. (2014). La naturaleza humana, lo innato y lo adquirido una reflexión sobre tres conceptos oscuros. *Scripta Philosophiae Naturalis*. 5-26.
- Rheingold, H. (1987). Virtual Communities-Exchanging Ideas Through Computer Bulletin Boards. *Whole Earth Review, Winter*, doi: <http://dx.doi.org/10.4101/jvwr.v1i1.293> .
- Rheingold, H. (1993). *The Virtual Community*. Recuperado de: <http://www.rheingold.com/vc/book/intro.html>.
- Rodrigáñez, C. (2006). La maternidad: correlación entre libido y fisiología. *Medicina Naturista*.
- Rodrigáñez, C. (2007). *La represión del deseo materno y la génesis del estado de sumisión consciente*. Murcia: Ediciones Crimentales. Recuperado de: http://www.bsolot.info/wp-content/uploads/2011/02/Rodriga%C3%B1ez_Casilda-La_represion_del_deseo_materno_y_la_genesis_del_estado_de_sumision_inconscient_e.pdf.

- Rodrigo, M., Máiquez, M., Martín, J. y Byrne, S. (2008). *Preservación familiar: un enfoque positivo para la intervención con familias*. Madrid: Pirámide.
- Rodrigo, M., Máiquez, M. y Martín, J. (2010b). *Parentalidad positiva y Políticas Locales de Apoyo a las familias. Orientaciones para favorecer el ejercicio de las responsabilidades parentales desde las corporaciones locales*. Recuperado de: http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/r45-gurapapo/es/contenidos/informacion/parentalidad_positiva/es_parentpo/adjuntos/12.%20BuenasPractParentalidadPositiva.pdf: FEMP (Federación Española de Municipios y Provincias).
- Rodrigo, M., Martín, J., Máiquez, M. y Rodríguez, G. (2005). Redes formales e informales de apoyo para familias en riesgo psicosocial: el lugar de la escuela. En R. Martínez, H. Pérez y B. Rodríguez (Eds.). En *Family-School-Community partnership into social development*. Madrid: SM.
- Rodrigo, M., Martín, J., y Cabrera, E. (2010). Rodrigo, M., Martín, J., y Cabrera, E. *Escala de Competencias y Resiliencia del Menor*. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria: Documento no publicado.
- Rodrigo, M., Quintana, J., Cabrera, E., Máiquez, L. (2009). Las Competencias Parentales en Contextos de Riesgo Psicosocial. *Intervención Psicosocial*. Vol. 18, nº 2. pp. 113-120.
- Rodrigo, M., Máiquez, L., Byrne, S., Rodríguez, B., Martín, J., Rodríguez, G y Pérez, L. (2009). *Crece felices en familia*. Programa de apoyo psicoeducativo para promover el desarrollo infantil.
- Rodrigo, M., Máiquez, M. y Martín, J. (2010). *La educación parental como recurso psicoeducativo para fomentar la parentalidad positiva*. Madrid.: FEMP (Federación Española de Municipios y Provincias).
- Rodrigo, M. y Palacios, J. (Coords.). (1998). *Familia y desarrollo humano*. Madrid.: Alianza Editorial.
- Rodríguez, C. (2013). *10 pautas para educar con disciplina positiva*. Recuperado de: <http://www.educayaprende.com>: <http://www.educayaprende.com/10-pautas-para-educar-con-disciplina-positiva/>
- Rodríguez, G., Camacho, J., Rodrigo, M., Martín, J., y Máiquez, M. (2006). La evaluación del riesgo psicosocial en las familias canarias usuarias de los servicios sociales municipales. *Psicothema*.18 (2). 200-206.

- Rolider, A. y Van Houten, R. (1984). Training parents to use extinction to eliminate nighttime crying by gradually increasing the criteria for ignoring crying. *Educ Treat Child*, pp. 119-124.
- Román, M. y Palacios, J. (2011). Separación, pérdida y nuevas vinculaciones. El apego en la adopción. *Acción Psicológica*. Vol.8. 99-111.
- Rosenstein, D. y Horowitz, H. (1993). Los tipos de apego en adolescentes hospitalizados en psiquiatría: relación con la Psicopatología y la Personalidad. *Reunión Bienal de la Sociedad para la Investigación en Desarrollo Infantil*, (pp. 1-27.). Nueva Orleans.
- Royo, R. (2011). *Maternidad, paternidad y conciliación en la CAE ¿Es el trabajo familiar un trabajo de mujeres?* Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Ruiz, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Ruiz-Callado, R., Romero-Salord, F., Fontanillo-Garrote, A. (2012). Mortalidad perinatal en los partos únicos asistidos a término en España entre 1995 y 2009 según ocurrieran en domicilio particular o en centro sanitario. *Enfermería comunitaria*. Recuperado de: <http://www.index-f.com/comunitaria/v8n1/ec7773.php>.
- Ryan, M. (2014). Labor Management: Current Commentary Time to Implement Delayed Cord Clamping. *Obstetrics and gynecology*. 123, nº 3, pp. 549-552.
- Sáez, C. (2014). Los primeros mil minutos de vida de un bebé. *La vanguardia.es*. Recuperado de: <http://www.lavanguardia.com/estilos-de-vida/20140910/54415831010/los-primeros-mil-minutos-de-vida-de-un-bebe.html>.
- Saletti, L. (2014). *CAPS Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris*. Hablemos otra vez de maternidad. XVI seminario de autoformación. Red CAPS. Recuperado de: <http://www.caps.cat/redcaps/seminaris/417-xvi-seminario-redcaps.html>
- Sallés, C. y Ger, S. (2011). Las competencias parentales en la familia contemporánea: descripción, promoción y evaluación. *Educación Social*. nº 49, pp. 25-47.
- Salvia, A. y Tuñón, I. (2011). La primera infancia: importancia del proceso de crianza y socialización para el sano desarrollo. *Boletín de la Maternidad, nº 11. Observatorios de la Maternidad*. Buenos Aires, pp. 1-15.
- Sánchez, A. (2013). *Manifiesto Humanístico*. Buenos Aires: Lea.
- Sánchez, A. (2014). Crianza natural: una tendencia respetuosa con el bolsillo y el medio ambiente. *En positivo. Periodismo de soluciones*. Recuperado de: <http://enpositivo.com/2014/04/crianza-natural-una-tendencia-respetuosa-con-el-bolsillo-y-el-medio-ambiente/>.

- Sánchez, S. (2008). Placenta Humana: Sabiduría genética, instinto inteligente. *Gen-T*, pp. 20-26. Recuperado de: <http://issuu.com/euroespublishing/docs/www.gen-t.es>.
- Sánchez, Y., León, E. y Román, M. (2012). Adaptación familiar de niños y niñas adoptados internacionalmente. *Anales de psicología*. Vol 28 n°2, pp. 558-566.
- Sanchis, F. (2008 йил 7-Julii). Apego, acontecimientos vitales y depresión en una muestra de adolescentes. Barcelona, España: Universidad Ramón Llul. Tesis doctoral.
- Santos, E. (2011b). *Embarazo y parto: todo lo que necesitas saber*. Versión kindle.: Anaya Multimedia.
- Santos, I., Mota, D., Matijasevich, A., Barros, A. y Barros. F. (2009). Bed-sharing at 3 months and breast-feeding at 1 year en southern Brazil. *J Pediatr*, 155, pp. 505-509.
- Santos, M. (2013). Adaptación Neurosensitiva del Recién Nacido desde el Vínculo Materno-filial. Córdoba, España: Universidad de Córdoba. Recuperado de: http://www.bioeticacs.org/iceb/investigacion/TFG_def.pdf.
- Schmitt, T. (2011). Current methodological considerations in exploratory and confirmatory factor analysis. *Journal of Psychoeducational Assessment*. 29, 304-321.
- Schore, A. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*. 22 (1-2), pp. 201-269.
- Sears, W. y Sears, M. (2001). *The attachment Parenting Book: A Commonsense Guide to Understanding and Nurturing Your Baby*. Little Brown and Company.
- Seidler, V. (2000). *La sinrazón masculina*. México: Paidós
- Sellés, J. (2007). ¿Es el hombre una síntesis de biología y cultura? Una alusión a la física y otra a la acción humana. *Thémata. Revista de Filosofía*. Número 38., pp. 245-253.
- Servicio Canario de Salud. Consejería de Sanidad. (2009). Programa de Atención a la Salud Afectivo Sexual y Reproductiva (PASAR). Recuperado de: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/feced7e9-a458-11df-aedd-9fdc164fb562/GUIAMaternidadLIBRO.pdf>. Las Palmas de Gran Canaria: Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de Salud. Dirección General de Programas Asistenciales.
- Shaffer, R. (2000). *Desarrollo social*. México: Siglo XXI.
- Shewta, J. (2012). The effect or birth kangaroo care on maternal and neonatal outcome: a randomizes, controlled trial. *Sinhgad e Journal of Nursing*. (28) pp. 13-17.
- Siegel, D. y Hartzell, M. (2005). *Ser padres conscientes*. Vitoria: La Llave.
- Siegel, D. y Payne, T. (2013). *El cerebro del niño*. Barcelona: Alba.

- Small, M. (1999). *Our Babies, Ourselves: How Biology and Culture Shape the Way We Parent*. New York: Anchor Books.
- Small, M. (2006). *Nuestros hijos y nosotros*. Barcelona: Javier Vergara.
- Soto, C., Teuber, H., Cabrera, C., Marín, M., Cabrera, J., Da Costa, M. y Araneda, H. (2006). Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 71(2), pp. 98-103.
- Spitz, R. (1965). *El primer año de vida*. Madrid: Fondo de cultura económica.
- Stewart, S. y Riegle, A. (2014). *Musical beds: The "Typical" night of parents and children who co-sleep*. Ohio: Bowling Green State University. The Center for Family and Demographic Research. Working Paper Series.
- Strauss, A. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquia: Universidad de Antioquia.
- Strauss, A. y Corbin, J. (1990). Open coding. En A. Strauss, y J. Corbin, *Basics of qualitative research* (pp. 101-121). Thousand Oaks: Sage.
- Suárez, S. (2014). Beneficios del Método Madre Canguro (MMC) en los recién nacidos prematuros. Valladolid, España: Trabajo de fin de grado. Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería.
- Sunderland, M. (2007). *La ciencia de ser padres: consejos prácticos sobre el sueño, el llanto, el juego y la consecución de un bienestar emocional para toda la vida*. Barcelona: Grijalbo.
- Tabachnick, B. y Fidell, L. (2007). *Using Multivariate Statistics (6ª Edición)*. . Boston: Pearson Educations, Inc.
- Taft, R. (1997). Ethnographic Research Methods. In J. P. Keeves, *Educational Research Methodology and Measurement: An international Handbook* (pp. 71–75). Oxford: Pergamon Press.
- Tardón, L. (2013). Las mentiras de la lactancia. *El Mundo Recuperado de*: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/04/30/mujer/1367346808.html>.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1986). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Buenos Aires: Paidós.
- Thevenin, T. (2003). *The Family Bed*. London: Perigree Trade.
- Townsend, E. y Pitchford, N. (2012). Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled example. *BMJ Open*, p. 1-6 doi:10.1136/bmjopen-2011-000298.

- Tristán, R. (2008). El vínculo celular y cerebral entre el feto y la madre. *El mundo*. Recuperado de: <http://www.unav.es/noticias/medios/040608-2.pdf>.
- Trujillo, C. (2006). Masculinidad entre padres (madre y padre) e hijos. *La Ventana*, 95-126 <http://www.revistascientificas.udg.mx/index.php/LV/article/view/799/773>.
- UNESCO. Sector de educación. (1999). *Cuidado y desarrollo de la primera infancia. El desarrollo del niño en la primera infancia: echar los cimientos del aprendizaje*. Unidad Primera Infancia y Educación Familiar. París: Talleres de la Unesco.
- UNICEF. (1995). Derechos del Niño Hospitalizado. Todos los derechos para todos los niños. Recuperado de: <http://unicef.cl/web/derechos-de-los-ninos-hospitalizados-2/>.
- UNICEF. (2004). Desarrollo psicosocial de los niños y las niñas. *Rev. Simarra*. Colombia: UNICEF, Oficina de Área para Colombia y Venezuela.
- UNICEF. (2014). *¡UPA! Guía de pautas de crianza de niños y niñas entre 0 y 5 años para agentes formadores de la familia*. Asunción, Paraguay: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Recuperado de: <http://www.unicef.org/paraguay/spanish/unicef-guiaagentesformadores.pdf>.
- Urizar, M. (2012). Vínculo afectivo y sus trastornos. *Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria*. Recuperado de: <http://www.avpap.org/documentos/bilbao2012/vinculoafectivo.pdf>
- Urpí, C. (2010). Homeschooling. Aprender en casa. *Nuestro tiempo. Revista cultural y de cuestiones actuales de la Universidad de Navarra*. Recuperado de: <http://www.unav.es/nuestrotiempo/temas/homeschooling-aprender-en-casa>.
- Utria, L., Zanello, L., Amar, J., Martínez, M. (2015). Abordaje integral al desarrollo humano en edad temprana para cuidadores primarios e institucionalizados. *Brasileira de Educação e Adultos*. Vol. 3, nº 5. 1-15.
- Valiente, M. (2015.). *Escuela con cerebro*. Recuperado de: <https://escuelaconcerebro.wordpress.com/2015/06/25/neuroeducacion-y-modelos-de-crianza/>
- Van Lier, L. (1990). Ethnography: Bandid, Bandwagon, or Contraband? En C. Brumfit, y R. Mitchell, *Research in Language Classroom*, (pp. 33–53). London: Modern English Publications and the British Council.
- Vargas Rueda, A. y Chaskel, R. (2007). Neurobiología del apego. *Avances en psiquiatría biológica*. 8: pp.43-56.
- Velasco, M. (2014). Alimentación complementaria guiada por el bebé: respetando sus ritmos y apoyando su aprendizaje. *Medicina Naturista*, Vol. 8 - N.º 2: pp. 64-72.

- Villarme, S. (2015). Cuando los sujetos se embarazan. Filosofía y maternidad. *Dilemata*, n° 18, 1-11 <http://www.dilemata.net/index.php/editoriales/690-disponible-dilemata-18-2015-available>.
- Villero, S. y Rodríguez, C. (2015). Evaluación del apego en la edad escolar: Aproximación teórica a la relación entre las experiencias de privación materna y la constitución de un patrón de apego inseguro y análisis desde la clínica de una serie de casos. *Revista Clínica e Investigación Relacional. CEIR*. Vol. 9 (1) pp. 231-270.
- Watson-Gegeo, K. (1988). Ethnographic Research in ESL: Defining the Essentials. *TESOL Quarterly* 22 (4), pp. 575–592.
- Weeks, A. (2007). Umbilical cord clamping after birth. *British Medical Journal*, pp. 312-313.
- Wenger, E., McDermott, R., y Snyder, W. (2002). *Cultivating communities of practice: A guide to managing knowledge*. Harvard Business Press.
- Wilson, E. O. (2004). *On Human Nature*. Cambridge, Londres: Harvard University Press.
- Yang, Y. y Green, S. (2010). A note on structural equation modeling estimates of reliability. *Structural Equation Modeling*. 17, 66-81.
- Zhang, D. y Huang, Y. (2015). Intestinal dysbiosis: An emerging cause of pregnancy complications? *Medical Hypotheses*. 84, pp. 223-226.
- Zielinski, R., Ackerson, K. y Kane, L. (2015). Planned home birth: benefits, risks and opportunities. *Int J Womens Health*. 7, pp. 361-377.



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
Departamento de Educación