

Andrea Palacios Rodríguez

Aida Serra Mohedano

FORTALEZAS Y BARRERAS DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN
MATERNAL EN ESPAÑA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por la Dra. M^a Inmaculada de Molina Fernández

Enfermería



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI
FACULTAT D'INFERMERIA

TARRAGONA 2026

*A mis queridos padres que siempre han confiado en mí; por vuestra ayuda, motivación,
compañía y amor.*

*A mi mejor amigo y pareja, por acompañarme estos cuatro años, por no dejarme rendir
nunca y soportarme en mis peores momentos.*

*A mis tutoras de prácticas, Raquel Urbano, Montse Duran y Sarai Cuesta; por acogerme y
confiar en mí; por guiarme y mostrarme el mundo al que me quiero dedicar, gestación e
infancia.*

Aida Serra Mohedano

*A mis queridos padres y hermana, sin ellos no estaría aquí; por vuestro amor, apoyo y
paciencia estos 4 años.*

*A mis amigas, por acompañarme y animarme durante todo el proceso, y por darme fuerza
cuando la he necesitado.*

*A cada enfermera que me ha dedicado su tiempo y su cariño durante toda la carrera;
gracias por transmitirme vuestra pasión y por enseñarme el significado de ser enfermera.*

Andrea Palacios Rodríguez

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos expresar nuestro agradecimiento a la Dra. M^a Inmaculada de Molina Fernández por haber tutorizado este trabajo. Gracias, Inma, por acompañarnos durante estos meses y por tu implicación, tu tiempo, paciencia y experiencia. Tu guía ha sido fundamental para que este proyecto pudiera ir tomando forma.

A nuestros queridos padres, madres y hermanas, gracias por vuestro apoyo incondicional, por la confianza depositada en nosotras y por estar siempre presentes.

A nuestros amigos, amigas y pareja, gracias por vuestra comprensión, ánimo y compañía a lo largo de este proceso. Habéis sido nuestra vía de escape en los momentos más agotadores.

Nuestro agradecimiento también a la Universitat Rovira y Virgili, por brindarnos la oportunidad de aprender, crecer y disfrutar de este proyecto. Extendemos este agradecimiento a todas las/os docentes que nos han formado durante estos 4 años, transmitiéndonos no solo conocimientos, sino también valores profesionales y personales. En especial, queremos mencionar a Carmen Ortega, por ofrecernos su ayuda y su capacidad para crear un espacio de escucha, comprensión y acompañamiento.

Por último, queremos dedicarnos un agradecimiento mutuo. A pesar de las discrepancias puntuales e inherentes en cualquier proyecto en grupo, hemos sabido formar un buen equipo a base de comunicación, confianza, esfuerzo y la complementariedad de nuestras fortalezas. Este proyecto es también el resultado de ese compromiso compartido.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	OBJETIVOS	2
3.	MARCO TEÓRICO	3
	Capítulo 1- Los Programas de Educación Maternal.....	3
	Capítulo 2- Marco legislativo de los PEM en España y Cataluña.....	4
	Capítulo 3- Evolución de los programas de educación maternal.....	5
	Capítulo 4- Teoría de la Adaptación del rol Materno.....	7
	Capítulo 5- El plan de nacimiento	10
	Capítulo 6- Evolución papel e influencia del padre en el proceso	10
4.	METODOLOGÍA	12
	4.1. Tipo de estudio.....	12
	4.2. Criterios de inclusión y exclusión	12
	4.3. Fuentes de información	13
	4.4. Estrategia de búsqueda.....	14
	4.5 Proceso de selección de estudios.....	16
	4.6 Extracción de datos	19
	4.7 Evaluación de la calidad metodológica	20
	4.8 Síntesis de resultados	20
	4.9 Limitaciones	20
	4.10 Consideraciones éticas.....	20
5.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	21
	5.1 Tabla de resultados	21
	5.2 Estructura y contenido de los Programas de EM	26
	5.3 Fortalezas y barreras de los programas de EM	29
	5.4 Percepción de las profesionales	32
	5.5 Participación de la pareja en las guías	35
6.	CONCLUSIONES	38
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	39
	ANEXOS.....	42

RESUMEN

Objetivo: analizar las fortalezas y barreras de los Programas de Educación Maternal (PEM) en España, comparando su estructura, contenidos y la participación de profesionales y acompañantes.

Metodología: se llevó a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos nacionales e internacionales, incluyendo Pubmed, CINAHL y Dialnet, siguiendo criterios de inclusión y exclusión definidos, junto con un proceso sistemático de selección y síntesis de los estudios.

Resultados: se identificaron variaciones relevantes entre comunidades autónomas en cuanto al número de sesiones, contenidos teóricos y prácticos, y lugar de realización. Los PEM destacan por su capacidad para mejorar el bienestar físico y emocional, fomentar la participación activa de la gestante y promover redes de apoyo. Entre las fortalezas se encuentran la humanización del proceso, el acompañamiento profesional y la creación de espacios de aprendizaje grupal. Entre las barreras, persiste el predominio del enfoque biomédico, la falta de actualización de contenidos, la escasa adaptación a las necesidades individuales y la limitada participación de la pareja. Las profesionales valoran positivamente los programas, pero señalan falta de tiempo, recursos y formación específica. La implementación paterna aporta beneficios emocionales y de vínculo, aunque continúa condicionada por estereotipos de género y barreras organizativas.

Conclusiones: los PEM constituyen una herramienta eficaz para la promoción de la salud perinatal, pero requieren una mayor homogeneización, actualización de contenidos y enfoque biopsicosocial. Es necesario reforzar la formación de las profesionales, mejorar la participación de la pareja y garantizar recursos que permitan una atención integral y adaptada a las necesidades de cada familia.

Palabras clave: educación maternal, programas de salud, embarazo, matrona, participación paterna.

RESUM

Objectiu: analitzar les fortaleeses i barreres dels Programes d'Educació Maternal (PEM) a Espanya, comparant-ne l'estructura, els continguts i la participació de professionals i acompanyants.

Metodologia: es va dur a terme una revisió bibliogràfica en bases de dades nacionals i internacionals, incloent-hi PubMed, CINAHL i Dialnet, seguint criteris d'inclusió i exclusió definits, juntament amb un procés sistemàtic de selecció i síntesi dels estudis.

Resultats: es van identificar variacions rellevants entre comunitats autònomes pel que fa al nombre de sessions, continguts teòrics i pràctics, i lloc de realització. Els PEM destaquen per la seva capacitat de millorar el benestar físic i emocional, fomentar la participació activa de la gestant i promoure xarxes de suport. Entre les fortaleeses s'inclouen la humanització del procés, l'acompanyament professional i la creació d'espais d'aprenentatge grupal. Entre les barreres, persisteix el predomini de l'enfocament biomèdic, la manca d'actualització dels continguts, l'escassa adaptació a les necessitats individuals i la limitada participació de la parella. Les professionals valoren positivament els programes, però assenyalen manca de temps, recursos i formació específica. La implicació paterna aporta beneficis emocionals i de vincle, tot i que continua condicionada per estereotips de gènere i barreres organitzatives.

Conclusions: els PEM constitueixen una eina eficaç per a la promoció de la salut perinatal, però requereixen una major homogeneïtzació, actualització de continguts i un enfocament biopsicosocial. És necessari reforçar la formació de les professionals, millorar la participació de la parella i garantir recursos que permetin una atenció integral i adaptada a les necessitats de cada família.

Paraules clau: educació maternal, programes de salut, embaràs, llevadora, participació paterna.

ABSTRACT

Objective: to analyse the strengths and barriers of Maternal Education Programmes (MEP) in Spain, comparing their structure, content, and the involvement of healthcare professionals and partners.

Methodology: a literature review was conducted using national and international databases, including PubMed, CINAHL and Dialnet, following predefined inclusion and exclusion criteria along with a systematic process of study selection and synthesis.

Results: relevant differences were identified among Spanish regions regarding the number of sessions, theoretical and practical content, and settings where the programmes are delivered. MEPs stand out for improving physical and emotional well-being, promoting active participation of pregnant women, and fostering support networks. Strengths include humanised care, professional guidance, and group learning environments. Barriers include the predominance of a biomedical approach, lack of updated content, limited individualisation, and insufficient partner involvement. Professionals value the programmes but report lack of time, resources, and specific training. Partner participation provides emotional and relational benefits, although it remains limited by gender stereotypes and organisational constraints.

Conclusions: MEPs are effective tools for promoting perinatal health, but require greater standardisation, updated content, and a biopsychosocial approach. Strengthening professional training, enhancing partner involvement, and ensuring adequate resources are essential to provide comprehensive and family-centred care.

Keywords: maternal education, health programmes, pregnancy, midwife, partner involvement.

1. INTRODUCCIÓN

Los procesos de gestación, parto y puerperio representan una transformación profunda en la vida de una mujer, especialmente en aquellas que se enfrentan a la maternidad por primera vez. Este periodo está marcado por una intensa carga emocional, en la que es habitual la aparición de miedos, dudas e inseguridades. Estas emociones, si no se abordan adecuadamente, pueden afectar tanto al bienestar físico como psicológico de la madre y del recién nacido (1). Este trabajo se centrará en realizar una revisión bibliográfica sobre las fortalezas y barreras de dichos programas en España, con el objetivo de comprender su alcance y eficacia en la práctica asistencial.

La educación maternal (EM) constituye un elemento clave dentro de la cadena de prevención y promoción de la salud durante el embarazo. Por este motivo, los Programas de Educación Maternal (PEM) forman parte de los servicios ofrecidos por el Sistema Nacional de Salud (SNS). Algunas comunidades autónomas disponen de una guía para realizar los programas, y aunque los contenidos básicos son comunes en todo el territorio, su desarrollo se adapta a las características y necesidades específicas de cada grupo y de la enfermera/matrona que los imparte (2). En estos programas también se fomenta la creación de redes de apoyo y espacios de escucha activa, donde las mujeres puedan compartir sus vivencias y sentirse acompañadas en este nuevo reto vital (1). Además, la inclusión del padre en estos programas se reconoce como un factor clave para fortalecer el vínculo familiar y promover la corresponsabilidad en los cuidados (2).

Consideramos importante profundizar en el análisis de los PEM, dado que, si bien existe una evidencia científica que respalda sus beneficios, también se han identificado diversas limitaciones. Una de las más señaladas es el predominio del enfoque biomédico que continúa guiando estos programas. Este enfoque tiende a priorizar la información técnica sobre el parto y la fisiología del cuerpo, dejando en segundo plano el acompañamiento emocional y el vínculo afectivo (1). Además, aunque la información ofrecida en los programas de educación maternal, se valora de forma positiva, se subraya la importancia de que esté actualizada y adaptada a la etapa del embarazo que está viviendo cada mujer (3).

En este contexto, este trabajo aspira a contribuir al reconocimiento de la eficacia de los programas de educación maternal, al tiempo que busca identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejora.

2. OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar los programas de educación maternal en España, con el fin de identificar sus fortalezas y barreras.

Objetivo específico:

1. Comparar la estructura y contenido de los Programas de EM de las distintas comunidades autónomas de España; número de sesiones, contenidos teóricos y prácticos y lugar de realización.
2. Describir las fortalezas y barreras de los programas de EM de las distintas comunidades autónomas de España.
3. Conocer la percepción de los profesionales sanitarios sobre la utilidad, la satisfacción y la eficacia de estos programas.
4. Analizar la participación de la pareja en los programas de EM.

3. MARCO TEÓRICO

El marco teórico tiene como finalidad contextualizar la investigación mediante un recorrido estructurado por los principales capítulos que lo componen. En primer lugar, se describen los Programas de Educación Maternal, definiendo sus objetivos y su relevancia dentro del sistema de salud. A continuación, se examina el marco legislativo que regula estos programas tanto en España como en Cataluña, con el fin de comprender las leyes que sustentan su implementación. Seguidamente, se presenta una revisión histórica que permite analizar la evolución de la educación maternal y los cambios socioculturales que han influido en su desarrollo. Este apartado también incorpora el análisis del plan de nacimiento como herramienta de autonomía y participación de las gestantes, así como la transformación del rol del padre en el proceso reproductivo y de crianza. Finalmente, se integra la teoría del rol de convertirse en madre de Ramona Mercer, que ofrece un enfoque conceptual sólido para comprender la transición a la maternidad.

Capítulo 1- Los Programas de Educación Maternal

Los programas de educación maternal son actividades grupales que los centros sanitarios ofrecen a las familias que se encuentran en el proceso de seguimiento de su embarazo, el parto y el posparto. Su finalidad es aumentar conocimientos y promover conductas y actitudes saludables, convirtiéndose en una herramienta fundamental para la promoción de la salud durante la etapa perinatal (4).

Diversas investigaciones muestran que estas actividades mejoran de manera significativa la forma en que las mujeres y las familias afrontan estas etapas. Desde principios del siglo XX se desarrollan programas orientados a proporcionar recursos que permiten vivir el proceso con mayor seguridad y confianza (5). La EM contribuye al bienestar físico y emocional durante la gestación, parto y el puerperio, y favorece una participación más consciente y activa tanto de la mujer como de su pareja (6).

En la actualidad, estos programas son impartidos por profesionales especializados, principalmente matronas, tanto en el ámbito público como en el privado (6). En cuanto a los contenidos, la educación maternal aborda el curso fisiológico del embarazo y del parto, así como las posibles complicaciones, con el objetivo de que las mujeres dispongan de herramientas para afrontarlas y vivan la experiencia de forma más positiva y satisfactoria (5). Además, los programas suelen incorporar aspectos relacionados con la crianza respetuosa, la coeducación y el reconocimiento de la diversidad familiar y cultural. Todo este enfoque se desarrolla desde una perspectiva comunitaria y salutogénica, orientada a potenciar los

recursos, las capacidades y la autonomía tanto de las mujeres y de las personas que las acompañan (5).

La participación en estos grupos es bastante flexible y abierta. Habitualmente, la incorporación se produce alrededor de la semana 26 de gestación, aunque puede variar en función de la disponibilidad y de los criterios profesionales establecidos (1).

El objetivo general de los PEM es mejorar el bienestar físico y emocional de la madre y del bebé, reforzando al mismo tiempo el vínculo de las embarazadas con su entorno comunitario. Entre los objetivos dirigidos específicamente a las participantes destacan la adquisición de conocimientos que favorezcan un embarazo saludable, el desarrollo de actitudes que mejoren la vivencia del parto y el posparto, la comprensión de los cambios físicos y emocionales propios de esta etapa y la promoción de la corresponsabilidad por parte de las parejas (6).

Desde una perspectiva organizativa y comunitaria, estos programas también facilitan el acceso de las familias a los recursos y servicios disponibles en su entorno, al tiempo que promueven la participación activa de la comunidad en el diseño, la implementación y la evaluación de estas actividades (5).

Capítulo 2- Marco legislativo de los PEM en España y Cataluña

La Constitución Española reconoce el derecho fundamental a la protección de la salud y establece la obligación de los poderes públicos de garantizarse. En este marco, el artículo 6 de la Ley General de Sanidad (14/1986, de 25 de abril) atribuye a las Administraciones Públicas Sanitarias la responsabilidad de organizar la salud pública mediante actuaciones orientadas a la prevención y promoción de la salud (7). En coherencia con este principio, el Real Decreto 1030/2006, 15 de septiembre, que regula la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS), incluye en el anexo II, disposición 6.3.3, la atención al embarazo y al puerperio. Entre las medidas contempladas se encuentra la implementación de programas sistemáticos de educación maternal, desarrollados en el ámbito de la atención primaria y comunitaria y coordinados con los servicios especializados (8).

A nivel autonómico, el Estatuto de Autonomía de Cataluña, (Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio) reconoce como competencia de la Generalitat la organización, planificación y gestión de los servicios de salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva y la promoción de la salud en el ámbito comunitario (9). La Ley de ordenación sanitaria de Cataluña (15/1990, de 9 de julio) establece el marco operativo para el desarrollo de los programas de educación maternal a través de los ASSIR (Atención a la Salud Sexual y Reproductiva). Tanto el CatSalut como el Departament de Salut despliegan protocolos de seguimiento del embarazo, la lactancia y

el puerperio que incluyen la educación maternal, la preparación al parto y las medidas de suelo pélvico, todos ellos alineados con la cartera del SNS (10).

Capítulo 3- Evolución de los programas de educación maternal

Orígenes en la puericultura

La evolución de los programas de educación maternal se remonta a finales del siglo XIX y principios del siglo XX con los primeros cursos de puericultura. La preocupación por la salud infantil y la formación de las madres impulsó la creación de nuevas especialidades médicas como la pediatría y la puericultura, promovidas por el movimiento higienista que predominaba en la época (27).

En 1923 se creó la Escuela Nacional de Puericultura (ENP) y su Laboratorio de Investigaciones, adscritos al Consejo Superior de Protección a la Infancia. Esta institución se consolidó como el centro de referencia para la formación en puericultura, disciplina que abarcaba tanto la atención médica del niño como la educación sanitaria de las madres, con el objetivo de reducir la mortalidad infantil y promover un modelo de maternidad acorde con los ideales higienistas (27).

La ENP tenía dos grandes objetivos: la formación profesional destinada a médicos, matronas y enfermeras, responsables de aplicar prácticas higiénicas y sanitarias; y, la educación en maternología, una disciplina emergente que promovía la idea de que la mujer debía convertirse en una “profesional de la maternidad”, al ser considerada la principal responsable de la salud del niño (28).

En coherencia con estos objetivos, se desarrolló una amplia campaña de divulgación sanitaria dirigida a las mujeres. Estas iniciativas buscaban instruir las en prácticas de higiene y crianza y reforzar un modelo social en que situaban a la madre en el hogar como principal responsable del bienestar infantil. De este modo, la educación maternal y las mujeres se convirtieron en el principal objeto de intervención social, bajo la premisa de que su falta de formación comprometía la salud de sus hijos (11).

De principios del siglo XX hasta la actualidad

A finales del siglo XIX y durante las primeras décadas del siglo XX, en España, la formación que recibían las mujeres se basaba en la experiencia comunitaria y en la transmisión oral. Con la expansión de las corrientes higienistas y preventivas en Europa, comenzaron a introducirse las primeras iniciativas formativas orientadas a mejorar la salud materno-infantil y reducir la elevada mortalidad perinatal (11).

Ya entrado el siglo XX, y especialmente a partir de la década de 1950, los programas de educación maternal adquirieron una estructura más formal. Durante esta etapa inicial recibieron diversas denominaciones - “educación maternal”, “preparación al parto”, “preparación para el nacimiento”, “preparación para la maternidad y paternidad” - , aunque todas compartían un mismo propósito: proporcionar apoyo educativo que permitiera a las mujeres y a los futuros padres comprender sus necesidades físicas, emocionales, sociales y psicológicas durante el embarazo (6).

Estos primeros programas estaban influenciados por corrientes europeas, entre ellas el método psicoprofiláctico de Lamaze (12), centrado en disminuir el dolor del parto mediante técnicas de respiración y relajación. En aquel momento, la mayoría de los partos se realizaban en el domicilio y eran asistidos por matronas, aunque el sistema sanitario comenzaba a promover de forma progresiva los partos hospitalarios (12).

Con el avance de la medicina y el desarrollo del ámbito hospitalario, la atención al parto se trasladó progresivamente al hospital, lo que dio lugar a una creciente medicalización e instrumentalización del proceso. Este cambio mejoró la seguridad clínica, pero también generó algunos efectos adversos, como un incremento del dolor fisiológico, un aumento de la ansiedad y una sensación de pérdida de control por parte de las madres. En este contexto, la educación maternal adquirió un papel especialmente relevante como herramienta para ofrecer recursos que facilitan afrontar el parto de manera consciente y segura (11).

Durante las décadas de 1970 y 1980, los programas de EM experimentaron una ampliación progresiva tanto en sus contenidos como en sus metodologías. La evolución del rol social de la mujer, la incorporación creciente del padre como figura activa en el proceso reproductivo, el desarrollo de la psicología prenatal y la introducción de métodos analgésicos más eficaces fueron factores que impulsaron a los PEM a expandir su enfoque más allá del parto y del control del dolor (14).

La consolidación definitiva de estos programas llegó con la aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986 (6), que incorporó el área de Promoción y Educación para la Salud como un componente esencial de la atención sanitaria pública. A partir de esta normativa, los

programas pasaron a ofrecerse desde los Servicios de Atención Primaria y se reconocieron como una prestación básica y universal dirigida a todas las gestantes.

En los últimos años, los PEM han evolucionado hacia un modelo biopsicosocial humanizado, alejándose de planteamientos centrados exclusivamente en la medicalización del parto. En la actualidad, se prioriza a la mujer y a su acompañante como los protagonistas del proceso, promoviendo su participación activa y un acompañamiento continuo durante las sesiones. Asimismo, se ha sustituido el modelo expositivo tradicional por metodologías participativas que favorecen la expresión de dudas, experiencias y emociones, facilitando un aprendizaje grupal más significativo (14).

Capítulo 4- Teoría de la adopción del rol Materno

Las teorías de enfermería tienen la finalidad de favorecer el desarrollo teórico y la producción científica, así como orientar la práctica clínica mediante modelos que facilitan la toma de decisiones y la planificación de cuidados basados en la evidencia (19). Con el propósito de situar este trabajo desde una perspectiva teórica sólida, se selecciona la aportación de la teórica Ramona T. Mercer, especialmente relevante en el ámbito de la enfermería materno-infantil. La teoría de Mercer, conocida como “adopción del rol materno” ha evolucionado a lo largo del tiempo a partir de los nuevos hallazgos científicos, de los cambios en los roles parentales, de los avances tecnológicos y de la información, y de las transformaciones en las relaciones entre padres e hijos y en el concepto del yo en la sociedad contemporánea (20). Esta teoría se clasifica dentro de las teorías intermedias, lo que implica un enfoque dirigido a fenómenos concretos y observables. Esta característica facilita su aplicación en la práctica clínica y la convierte en un recurso valioso para la práctica profesional (19).

Origen de la Teoría de la Adopción del rol Materno

El modelo de la adopción del rol materno propuesto por Mercer se fundamenta en la teoría de Bronfenbrenner, la cual organiza la experiencia humana en círculos concéntricos que representan distintos niveles de influencia: microsistema, mesosistema y el macrosistema. (23)

- El microsistema constituye el entorno inmediato. En este caso, incluye a la familia y sus dinámicas de funcionamiento, el apoyo social disponible y el estrés. Es en este nivel donde se desarrolla la adopción del rol maternal.

- El mesosistema integra y conecta los distintos elementos del microsistema. Incluye el cuidado diario, la escuela, el lugar de trabajo de los padres y otras entidades presentes en la comunidad más inmediata.
- El macrosistema abarca las influencias sociales, políticas, culturales y económicas que condicionan tanto el microsistema como el mesosistema (23).

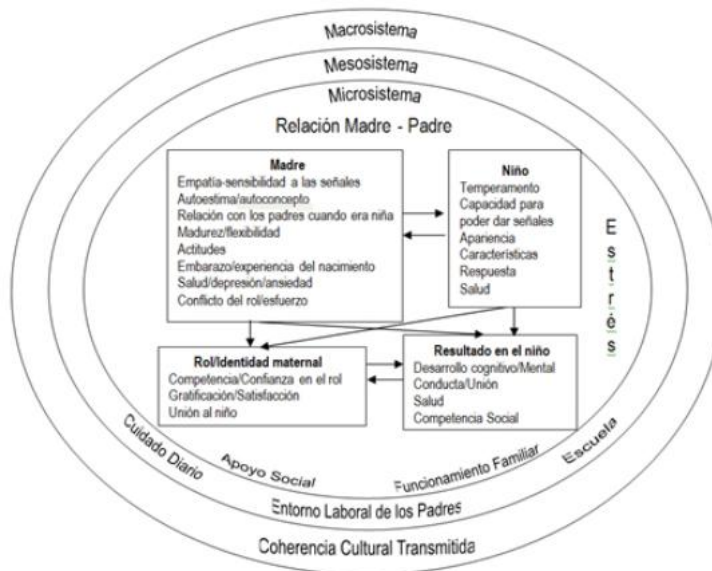


Figura 1. Teoría de adopción del rol materno. Extraído de Ortiz-Félix. E. Modelo de rol materno en la alimentación del lactante: Teoría del rango medio. *Index Enferm* [Internet]. 2016 Sep 25(3): 166-170.

Desde esta perspectiva ecológica, Mercer concibe la maternidad como un proceso de transformación y adaptación que requiere un trabajo psicológico, social y físico (20). Su teoría constituye una base valiosa para orientar las intervenciones de enfermería, especialmente durante el puerperio inmediato, al centrarse en aspectos como el vínculo emocional, la construcción del rol materno y la lactancia (22). Este enfoque nos permite comprender cómo la mujer transita por este período de adaptación y qué factores pueden favorecer o dificultar el proceso. Mercer identifica diferentes factores que influyen en la manera en que la mujer desarrolla su rol materno. Entre ellos se encuentran la empatía, la autoestima, el autoconcepto, la relación con sus propios padres, la madurez, la flexibilidad, las actitudes personales, la experiencia durante el embarazo y el estado de salud, entre otros (22).

La autora describe cuatro estadios que conforman el proceso de adopción del rol materno:

- Anticipatorio: Se inicia con la gestación y se desarrolla a lo largo del embarazo. En esta fase comienzan los cambios físicos, psicológicos y sociales, y la mujer empieza a imaginar y prepararse para su futura maternidad.

- Formal: Comienza con el nacimiento del hijo e incluye los cuidados iniciales del recién nacido. Durante este periodo, la madre actúa principalmente siguiendo las normas del sistema social al que pertenece.
- Informal: Tiene lugar en los primeros días del postparto. En esta etapa, la madre empieza a desarrollar conductas propias que se ajustan a su manera de ser, más allá de lo que marca el sistema social.
- Personal: En esta fase, la madre interioriza su rol y se siente segura y competente. Experimenta coherencia, confianza y capacidad en el ejercicio de la maternidad. Suele consolidarse durante los primeros meses de postparto (23).

Estos estadios no siempre se desarrollan de forma estrictamente secuencial y, en muchas ocasiones pueden solaparse entre sí (21). Su evolución está influida por las características de la madre, del niño y por diversos factores externos. Por ello, el proceso de adopción del rol materno es único en cada caso (21).

En relación con el vínculo emocional que se establece entre el recién nacido y la persona cuidadora, Mercer señala que los niños se apegan de manera instintiva a aquellas figuras que les proporcionan protección, seguridad y cuidados, lo que favorece su supervivencia y su desarrollo físico, social y emocional (22).

El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la promoción de este apego. Su labor incluye brindar apoyo emocional y educación a la madre, así como identificar y prevenir prácticas hospitalarias que puedan afectar la experiencia materna y, en consecuencia, el establecimiento de un apego saludable con el recién nacido (22).

Dentro de los cuidados de enfermería, el fomento de la lactancia materna constituye un elemento clave para facilitar la transición a la maternidad. Mercer destaca que la intervención enfermera es esencial porque:

- Favorece el vínculo afectivo madre-bebé.
- Refuerza la percepción de competencia materna, uno de los pilares de la teoría.
- Facilita que la madre interprete las señales del bebé y responda a ellas, fortaleciendo la sensibilidad materna.
- Contribuye a la consolidación del estadio personal, en el que la madre se siente segura y capaz (20).

En conjunto, este modelo plantea la necesidad de que los profesionales de enfermería intervengan de manera integral, considerando no solo las características individuales de la

madre y del recién nacido, sino también el contexto social que los rodea, influido por factores como el entorno familiar, la escuela, el ámbito laboral, la política o la religión (20).

Capítulo 5- El plan de nacimiento

El plan de nacimiento es un documento escrito por la mujer embarazada en el que expresa sus preferencias y deseos respecto al momento del parto y nacimiento. En él se incluyen aspectos como el tipo de parto, las intervenciones o técnicas que se desean o no, y la elección de acompañantes, entre otros (16).

Este documento sirve como guía para los profesionales que atenderán a la familia durante el parto. Se recomienda elaborarlo entre las semanas 28 y 32 de gestación y entregarlo el día del parto o previamente en el centro de atención primaria, si así se desea. Durante la estancia hospitalaria, el plan de nacimiento debe estar accesible para todos los profesionales a través de la historia clínica, según el protocolo de cada centro. Es importante considerar que, en función de las circunstancias y posibles complicaciones que puedan surgir durante el parto, pueden realizarse intervenciones que no estaban previstas inicialmente (15).

La matrona es la profesional encargada de proporcionar información, orientar y resolver dudas a los futuros padres, con el objetivo de favorecer su tranquilidad y su participación informada. El espacio donde habitualmente se presenta y trabaja este documento es el Programa de Educación Maternal (1).

Capítulo 6- Evolución papel e influencia del padre en el proceso

Durante gran parte del siglo XX, la educación maternal se centra casi exclusivamente en la gestante y en el binomio madre-hijo. La figura del padre aparece como acompañante ocasional, sin un rol definido y con una participación limitada a lo largo del proceso. En las últimas décadas, los cambios sociales, políticos y culturales han impulsado una transformación profunda que ha favorecido que los padres pasen de ser sujetos pasivos a convertirse en agentes activos (24).

Esta evolución está influida por diversos factores, entre ellos los cambios en el contexto social. Muchas sociedades occidentales experimentan una demanda creciente de mayor equilibrio en las relaciones de género, lo que implica una mayor implicación de los hombres en los cuidados. Aunque el trabajo reproductivo continúa recayendo mayoritariamente en las mujeres, la reconfiguración de los espacios laborales y familiares favorece que los hombres incrementen su participación tanto en el trabajo doméstico como en el cuidado de los hijos. En este contexto, se observa una tendencia hacia modelos de paternidad más igualitarios,

que priorizan los cuidados familiares frente al rol tradicional centrado exclusivamente en la provisión económica (25).

En esta línea, un estudio comparó las vivencias de dos generaciones de padres como acompañantes durante el embarazo y el parto. Los resultados muestran que los padres acompañantes de hace más de 25 años desempeñaban un rol pasivo y manifestaban sentirse poco integrados por los profesionales sanitarios. En cambio, los acompañantes de los últimos años asumen un rol más activo, realizan funciones específicas y destacan una mayor integración en el proceso asistencial (2).

A partir de estos resultados, se observa que el rol de acompañante ha experimentado un cambio significativo. En la actualidad, los padres participan de manera más activa; sin embargo, continúa siendo necesario reforzar su presencia en los Programas de Educación Maternal para garantizar que reciben una preparación adecuada y adaptada a sus necesidades (2).

Beneficios de la participación paterna

Diversos estudios destacan los beneficios de la participación paterna durante el embarazo, el parto y el postparto. La presencia activa del acompañante contribuye al bienestar emocional de la gestante, reduce los niveles de ansiedad y estrés durante el embarazo y favorece un mejor control del dolor durante el parto. Asimismo, incrementa la satisfacción de ambos respecto a la vivencia del nacimiento (2).

En el ámbito familiar, la implicación del acompañante favorece la cohesión y genera una mayor sensación de seguridad y preparación ante el proceso de parto. Para los propios acompañantes, esta participación también resulta beneficiosa, ya que disminuye los sentimientos de exclusión (2). Además, la presencia activa del padre repercute directamente en el recién nacido, facilitando la creación de un vínculo temprano y promoviendo conductas prosociales que influyen positivamente en su desarrollo (24).

A pesar de los avances sociales y de los beneficios asociados a la inclusión de la figura paterna, persisten barreras que dificultan el acceso real de los hombres a los cuidados. Entre estas barreras destacan los estereotipos y roles de género presentes en la sociedad, que continúan asociando el cuidado principalmente a las mujeres (24).

En España, desde 2024 ambos progenitores disponen de 16 semanas de permiso retribuido, y en 2025 se aprobó una ampliación progresiva de este permiso hasta alcanzar las 19 semanas (26).

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio

Se realizó una revisión bibliográfica, orientada a sintetizar la evidencia disponible sobre los Programas de Educación Maternal y los elementos que influyen en su desarrollo. Este tipo de estudio permite integrar resultados procedentes de diferentes diseños metodológicos y fuentes documentales.

Por otro lado a partir de los resultados obtenidos en la revisión, y con el fin de analizar de manera estructurada la situación actual de los PEM en las distintas comunidades autónomas de España, se realizó un análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades). *Ver anexo 3.*

4.2. Criterios de inclusión y exclusión

Para garantizar la pertinencia y calidad de las publicaciones seleccionadas, se establecieron los criterios de inclusión y exclusión recogidos en la *Tabla de criterios de inclusión y exclusión (Tabla 1)*.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Documentos originales o primarios.	Documentos no primarios.
Documentos en español, catalán o inglés.	Publicaciones en otros idiomas.
Documentos publicados a partir de 2015.	Artículos publicados antes del 2015.
Publicaciones relacionadas con los objetivos del estudio y de acceso gratuito.	Publicaciones no relacionadas con los objetivos.
Acceso a texto completo.	Documentos sin acceso a texto completo.
Investigaciones nacionales e internacionales que cumplan los criterios anteriores.	Cualquier documento que no cumpla con los criterios de inclusión.

Tabla 1. Tabla de criterios de inclusión y exclusión. Fuente: Elaboración propia.

Justificación de límites:

Los límites de idioma se establecieron para garantizar una correcta interpretación de los textos. El límite temporal (2015-2025) se seleccionó para asegurar la actualidad de la evidencia, excepto en el caso de guías institucionales, donde se amplió a 2005-2025 debido a la escasez de documentos actualizados.

4.3. Fuentes de información

La búsqueda de las publicaciones para realizar la revisión bibliográfica se llevó a cabo en las bases de datos: PubMed; CINAHL; CUIDEN y Dialnet Plus (*tabla Bases de Datos, tabla 2*).

Además de estas bases de datos, se consultaron repositorios institucionales y guías clínicas de organismos oficiales como: Departament de Salut - GENCAT, SCIENTIA, Organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Sanidad y servicios de salud autonómicos (Astursalud, RIMA salud, etc.)

Se incluyeron documentos oficiales relevantes para contextualizar la práctica clínica y la organización de los Programas de Educación Maternal.

PUBMED (29)	Es una base de datos gratuita desarrollada por la National Library of Medicine (NLM) de los Estados Unidos. Se ha convertido en una herramienta de referencia para la búsqueda de literatura científica de las ciencias biomédicas y de la salud. Su contenido incluye citas de artículos de investigación, revisiones bibliográficas, informes de casos y cartas. En cambio, no incorpora reseñas de libros, resúmenes de congresos, noticias y anuncios.
DIALNET PLUS(30)	Es una base de datos creada y gestionada por la Universidad de La Rioja. Actualmente, dispone de la versión avanzada que es Dialnet Plus, esta proporciona herramientas para optimizar la búsqueda. Es una de las plataformas más importantes de consulta bibliográfica en lengua española. Se incluyen referencias de libros, revistas, artículos, tesis y congresos, principalmente, en el ámbito de las ciencias humanas, jurídicas y sociales.
CINAHL (31)	Es una base de datos especializada que incluye bibliografía en áreas como: enfermería, biomedicina, medicina alternativa y complementaria, terapia física y terapia ocupacional entre otras disciplinas. Ofrece una cobertura amplia, recursos en texto completo y un sistema de búsqueda avanzado que facilita la obtención de información fiable, actualizada y relevante.
CUIDEN (32)	Es una base de datos, creada por la Fundación Index, especializada en el ámbito de los cuidados de la salud. Su contenido abarca desde la práctica clínico- asistencial, hasta la promoción de la salud, incluyendo además, enfoques metodológicos, históricos, sociales y culturales. Es una herramienta de referencia para la investigación y formación en enfermería.

Tabla 2. Tabla de bases de datos. Elaboración propia a partir de PUBMED, DIALNET PLUS, CINAHL, CUIDEN.

4.4. Estrategia de búsqueda

La recogida de datos se llevó a cabo entre noviembre de 2025 y marzo de 2026. La temporalización detallada del estudio se encuentra en el Cronograma de Gantt (Anexo 1).

Para la selección de palabras clave se utilizaron los thesaurus de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs) (33) y los thesaurus Medical Subject Headings (MeSH) (34). Las palabras clave y sus equivalentes se muestran en la *tabla de palabras clave (tabla 3)*.

La búsqueda se realizó combinando los términos mediante operadores booleanos (AND/OR) y aplicando los criterios de inclusión previamente establecidos.

PALABRAS CLAVE	DESCRIPTOR MeSH	DESCRIPTOR DeSH
Educación maternal	Antenatal education, Prenatal education Antenatal Parenthood Education, Expectant Parent Classes, Childbirth Classes	Educación prenatal, clases para el parto
Matronas	Midwifery, Midwives, Midwife, Traditional Birth Attendant	Partería
Rol paterno	Paternal behavior	Conducta Paterna
Paternidad	Paternity, paternities	Paternidad, padres,
Programa	Program Development, Program Descriptions	Programas
Guía	Resource Guide, Source Guides, Information Resources	Guías, Guía de recursos

Tabla 3. Tabla de palabras clave. Fuente: Elaboración propia.

La *tabla con las palabras clave y criterios utilizados en cada base de datos (tabla 4)*, recoge las palabras clave, descriptores y ecuaciones de búsqueda utilizadas en cada base de datos, junto con el número de resultados obtenidos y los documentos seleccionados.

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE USADAS/ ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	RESULTADOS
DIALNET PLUS	Programas de educación maternal AND matronas	22
DIALNET PLUS	Programas de educación maternal AND matronas + 2015-2025 + free full text	7
DIALNET PLUS	Programas preparación nacimiento AND matronas	4
DIALNET PLUS	Programas preparación nacimiento AND matronas + 2015-2025 + free full text	3
DIALNET PLUS	Fathers role AND birth process	23
DIALNET PLUS	Fathers role AND birth process + 2015-2025 + free full text	9
DIALNET PLUS	Paternidad AND Masculinidad AND cuidado hijos	37
DIALNET PLUS	Paternidad AND Masculinidad AND cuidado hijos +2015-2025 +free full text	26
PUBMED	Fathers prepared AND pregnancy AND antenatal education AND role	21
PUBMED	Fathers prepared AND pregnancy AND antenatal education AND role + 2015-2025 + free full text	5
PUBMED	Importance of the father's role AND antenatal education AND barriers	7
PUBMED	Importance of the father's role AND antenatal education AND barriers + 2015-2025 + Full text	5
CINAHL	Prenatal Care AND Father-Child Relations AND Paternity	3
CINAHL	Prenatal Care AND Father-Child Relations AND Paternity + 2015-2025+free full text	1

Tabla 4. Tabla con las palabras clave y criterios utilizados en cada base de datos. Fuente: Elaboración propia.

Búsqueda en repositorios institucionales

La búsqueda en repositorios institucionales incluyó guías clínicas, protocolos y documentos oficiales relacionados con los Programas de Educación Maternal. Durante este proceso se identificó que muchas comunidades autónomas no disponen de guías actualizadas dentro del rango temporal establecido inicialmente (2015-2025). Esta situación hizo necesario ampliar

el criterio temporal de búsqueda hasta 2005, con el fin de localizar documentos vigentes o de referencia que continúan utilizándose en la práctica clínica.

La *tabla de búsqueda de guías con las palabras clave y criterios utilizados en cada base de datos (tabla 5)* recoge las palabras clave empleadas en los repositorios institucionales, así como los criterios aplicados y los resultados obtenidos.

BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVE USADAS/ ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	RESULTADOS
SCIENTIA Repositorio institucional	Educació maternal + free full text + 2005-2025	9
CONSELLERIA DE SANITAT DE LA GENERALITAT VALENCIANA Repositorio institucional	Guía AND educación maternal + free full text + 2005-2025	1
SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD Repositorio institucional	Programa AND preparación AND maternidad + free full text + 2005-2025	11
RIMA SALUD Repositorio institucional	Recomendaciones AND educacion maternal + 2015-2025 + free full text	12
DIALNET PLUS	Guía AND preparación Nacimiento AND Andalucía + free full text + 2005-2025	1
DIALNET PLUS	Guía AND educación maternal AND galicia + free full text + 2005-2025	1
ASTURSALUD Repertorio institucional	Guía AND educación maternal AND embarazo AND parto + ciudadanía + free full text + 2005-2025	18

Tabla 5. Tabla de búsqueda de guías con las palabras clave y criterios utilizados en cada base de datos. Fuente: Elaboración propia

4.5 Proceso de selección de estudios

El proceso de selección siguió las cuatro fases de la declaración PRISMA 2020:

- 1) Identificación: recopilación de todas las publicaciones encontradas en las bases de datos.
- 2) Cribado: eliminación de duplicados y selección inicial por título.
- 3) Elegibilidad: lectura de resúmenes y textos completos para comprobar su adecuación.
- 4) Inclusión: selección final de los documentos que cumplieran todos los criterios.

La *tabla de bases de datos y los documentos encontrados en cada una (tabla 6)* encontradas y seleccionadas en cada fase.

BASES DE DATOS	PUBLICACIONES ENCONTRADAS	PUBLICACIONES SELECCIONADAS POR EL TÍTULO	PUBLICACIONES SELECCIONADAS TRAS LA LECTURA DE RESUMEN	PUBLICACIONES SELECCIONADAS TRAS LA LECTURA
PUBMED	10	7	5	3
CINHAL	2	2	1	1
DIALNET	51	20	12	8

Tabla 6. Tabla de las bases de datos y los documentos encontrados en cada una. Fuente: Elaboración propia

La *tabla de base de datos y los documentos seleccionados (tabla 7)* muestra el número de publicaciones encontradas en cada base de datos y el proceso de cribado aplicado hasta obtener la selección final de documentos incluidos en la revisión.

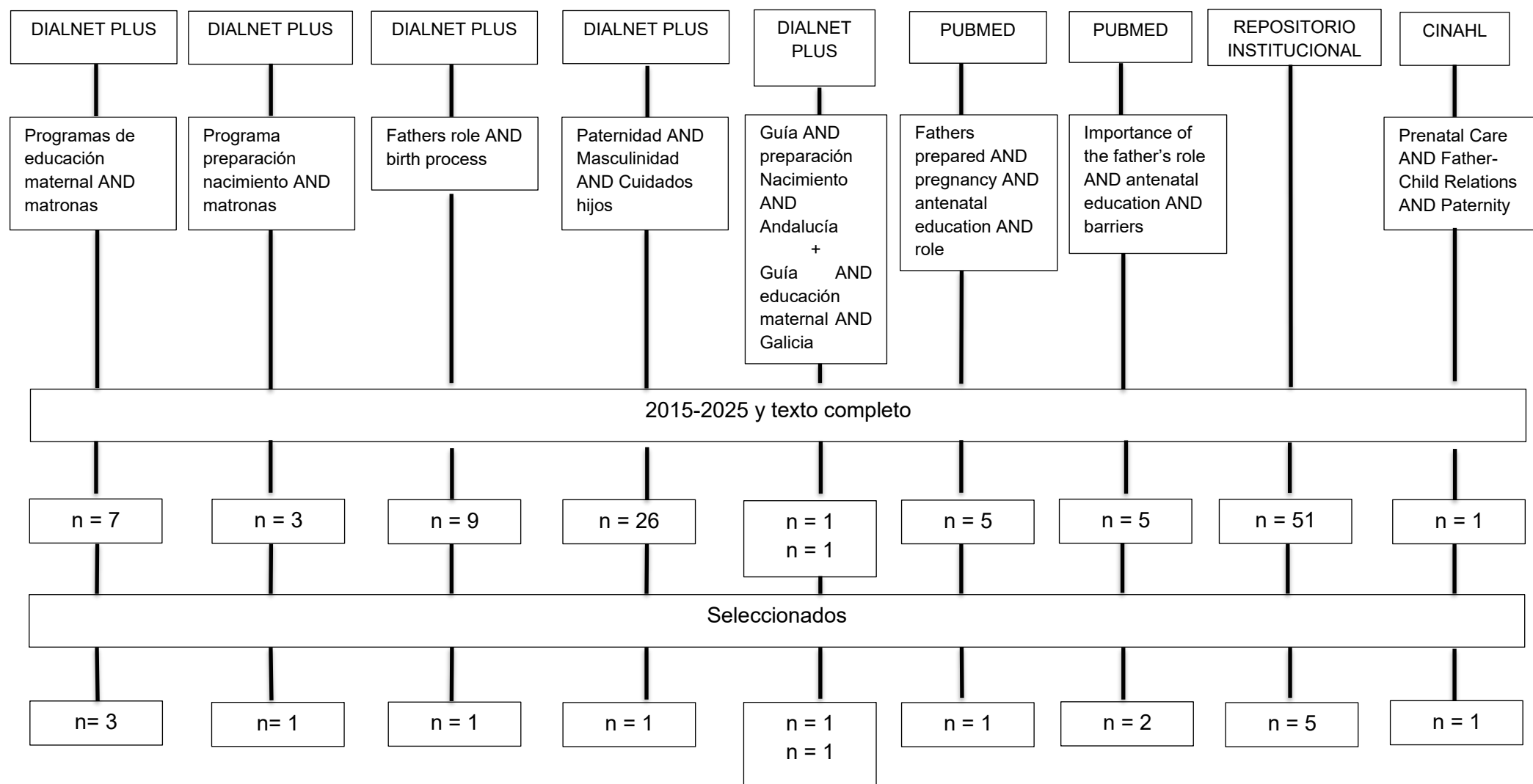


Tabla 7. Tabla de base de datos y los documentos seleccionados. Fuente: Elaboración propia

El proceso completo de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión de las publicaciones se representa en el *diagrama de flujo PRISMA* (tabla 8). Este diagrama muestra de manera visual las fases seguidas durante la selección de los documentos, así como el número de registros incluidos y excluidos en cada etapa.

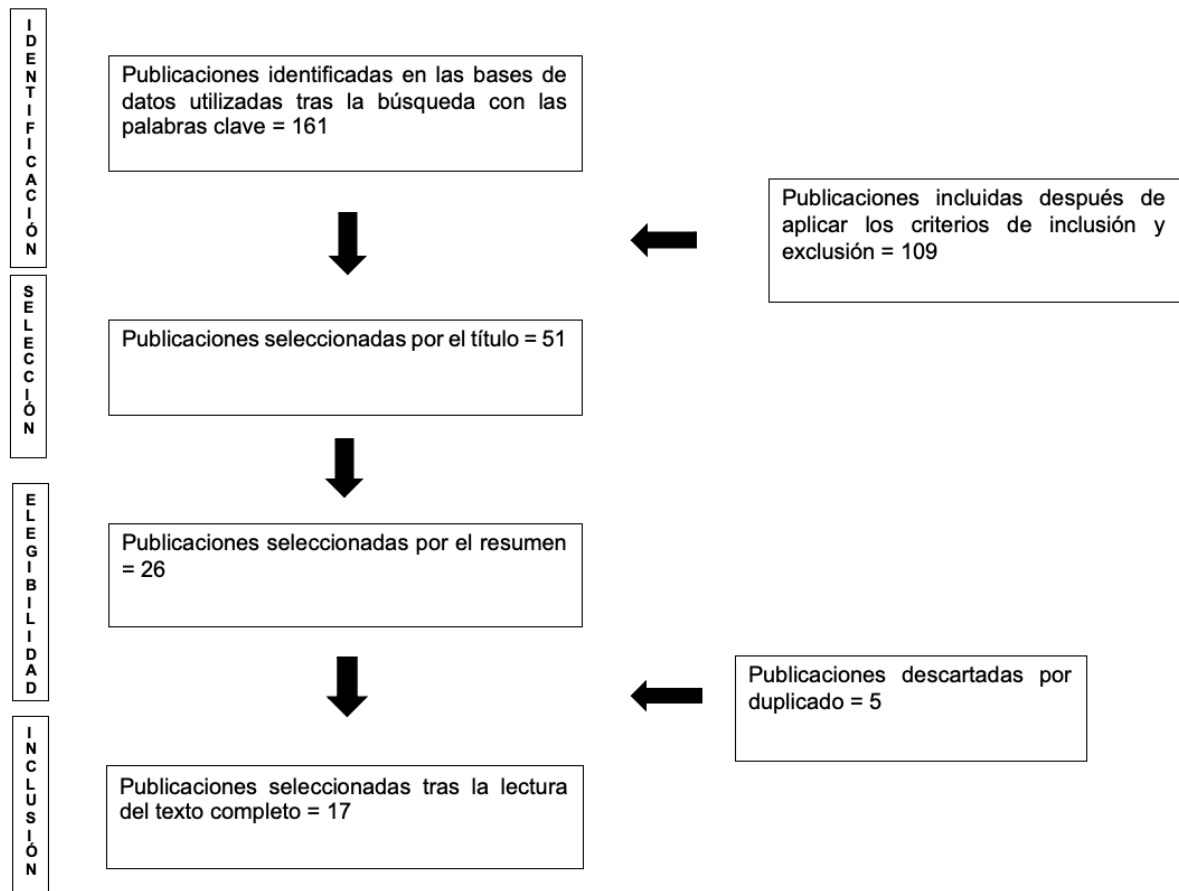


Tabla 8. Diagrama de flujo PRISMA

4.6 Extracción de datos

Para cada documento seleccionado se extrajeron de manera sistemática los siguientes datos: autoría y año de publicación, tipo de documento y diseño metodológico, objetivos, población o ámbito de estudio, principales resultados, relevancia para los objetivos del TFG.

La extracción se realizó de forma independiente por las autoras, resolviendo discrepancias mediante consenso.

4.7 Evaluación de la calidad metodológica

La calidad de los estudios incluidos se evaluó mediante herramientas validadas según el tipo de diseño:

- CASPe: para estudios cualitativos y cuantitativos
- STROBE: para estudios observacionales
- JBI: para guías clínicas

Se valoraron aspectos como validez interna, claridad metodológica, relevancia y aplicabilidad. Solo se incluyeron los estudios que alcanzaron una calidad metodológica adecuada.

4.8 Síntesis de resultados

La síntesis de los resultados se realizó mediante un análisis narrativo y comparativo, organizado en función de los objetivos del estudio. Tras la lectura completa de los documentos incluidos, la información se clasificó en categorías temáticas que permitieron integrar y comparar los hallazgos de manera estructurada. Las categorías establecidas fueron: Estructura y organización de los PEM, profesionales implicados y población destinataria, fortalezas y barreras de los programas, percepción de los profesionales sanitarios.

La información procedente de cada estudio se integró dentro de estas categorías, permitiendo comparar los resultados entre comunidades autónomas y entre diferentes tipos de documentos. Esta estrategia facilitó identificar patrones comunes, divergencias y áreas de mejora en el desarrollo de los PEM.

4.9 Limitaciones

Una de las principales limitaciones fue la escasez de guías autonómicas actualizadas sobre educación maternal. Por este motivo, se amplió el rango temporal de búsqueda para este tipo de documentos a 2005-2025.

4.10 Consideraciones éticas

En esta revisión bibliográfica se ha tenido en cuenta la siguiente consideración ética propia de la investigación documental. Todas las fuentes consultadas son de acceso público o institucional y han sido citadas en estilo Vancouver. Para asegurar la precisión en el proceso de citación se ha utilizado la inteligencia artificial como apoyo técnico, siempre manteniendo nuestro propio criterio y validación.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Tabla de resultados

En la siguiente tabla, *tabla de resultados (tabla 9)* se muestran los resultados y conclusiones de cada una de las publicaciones seleccionadas en esta revisión bibliográfica.

Título	Autor, año y país	Metodología	Base de datos	Objetivos	Conclusiones
Evaluation of the implementation of the Group Prenatal Care program in Catalonia: characteristics of midwives and fidelity to the program	Martínez Bueno, C. et al. España, 2018	Estudio observacional, descriptivo y transversal	DIALNET PLUS	Conocer las características de las matronas y su grado de fidelidad a la metodología, contenidos, actividades y evaluación del programa de Preparación para el Nacimiento (PN) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, para la evaluación de su implementación.	- Las matronas muestran una alta implicación en el programa, pero existen diferencias en su formación y experiencia. - La fidelidad al programa es variable entre territorios y centros. - La falta de recursos y tiempo dificulta aplicar el programa tal como está diseñado. - Las actividades prácticas y participativas son las menos implementadas. - La sobrecarga asistencial limita la calidad y continuidad del programa.
Análisis de un programa de educación maternal en el parto: resultados obstétricos y satisfacción materna	Álvarez Holgado, P. et al. España, 2016	Estudio observacional analítico	DIALNET PLUS	Evaluar si la educación maternal influye en los resultados obstétricos y analizar la satisfacción materna tras el parto en relación con la asistencia al programa.	- La asistencia al PEM mejora la vivencia del parto. - Las mujeres que participan muestran mayor satisfacción con el proceso. - La educación maternal se asocia con mejores resultados obstétricos. - El programa favorece un inicio más positivo de la lactancia materna. - La participación activa en las sesiones aumenta la seguridad y el control percibido.

Perspectiva de las matronas sobre los programas de educación maternal	López Araez, A. et al. España, 2024	Estudio observacional, analítico y transversal	DIALNET PLUS	Describir la percepción de las matronas asignadas al área de paritorio y de atención primaria sobre los programas de educación maternal.	- Las matronas consideran la educación maternal útil y necesaria para las gestantes. - La falta de tiempo y recursos limita la calidad de los programas. - La sobrecarga asistencial dificulta aplicar metodologías participativas. - Las profesionales demandan actualización de contenidos y mayor apoyo institucional. - La participación de las parejas sigue siendo insuficiente.
Padre preparado y comprometido en su rol de acompañante durante el proceso de parto	Muñoz Serrano, M. et al. Colombia, 2018	Estudio cualitativo descriptivo	DIALNET PLUS	Identificar las necesidades de preparación del padre acompañante para brindar apoyo a su pareja durante el proceso de parto.	- Los padres desean participar activamente y sentirse útiles durante el parto. - La preparación previa aumenta su seguridad y capacidad de apoyo. - La falta de información y orientación profesional genera ansiedad e inseguridad. - Los padres valoran recibir formación específica sobre su rol. - El acompañamiento profesional favorece su implicación y compromiso.
Process evaluation of a peer-led antenatal breastfeeding class for fathers: perceptions of facilitators and participants	Kuliukas, L. et al. Australia, 2019	Estudio cualitativo descriptivo	PUBMED	Evaluar la implementación de una clase de lactancia para padres impartida por facilitador masculino y analizar la percepción de los padres y de los facilitadores sobre la utilidad del programa.	- Los padres valoran positivamente recibir información específica para su rol. - La clase aumenta su confianza para apoyar la lactancia materna. - La metodología entre iguales favorece la participación y el intercambio de experiencias. - El programa ayuda a los padres a sentirse más preparados para el postparto.
Necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad. Estudio cualitativo para el rediseño de la educación maternal	Paz Pascual, C. et al. España, 2016	Estudio cualitativo descriptivo	DIALNET PLUS	Identificar las necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad y proponer mejoras para rediseñar los programas de educación maternal.	- Las mujeres demandan información clara, práctica y adaptada a sus necesidades reales. - Reclaman mayor apoyo emocional durante el embarazo, parto y postparto. - Consideran insuficiente la preparación actual para el postparto. - Solicitan más espacios de preparación y diálogo en la EM. - Valorar la continuidad asistencial y el

					acompañamiento profesional cercano.
Convertirse en padre: la experiencia de transición a la paternidad en el periodo prenatal.	Da Silva, M et al. Portugal, 2023	Estudio cualitativo descriptivo	CINAHL	Comprender las vivencias de los hombres en la transición a la paternidad durante el periodo prenatal e identificar necesidades, emociones y expectativas de los futuros padres.	- Los hombres viven la transición a la paternidad con emociones intensas y contradictorias. - Necesitan más información y apoyo profesional durante el embarazo. - La participación en el periodo prenatal favorece la vinculación con el bebé y la pareja. - Los padres desean espacios específicos para expresar dudas y miedos. - La falta de inclusión en los programas limita su preparación y seguridad.
Configuración y (re)significación de las masculinidades y paternidades en hombres comprometidos con los cuidados de sus hijos/as en España.	Abril Morales, P et al. España, 2018	Estudio cualitativo longitudinal	DIALNET PLUS	Analizar cómo los hombres redefinen su masculinidad a través del cuidado y comprender cómo construyen y resignifican su rol como padres.	- Los hombres implicados en los cuidados desarrollan masculinidades más igualitarias. - La paternidad activa transforma su identidad y sus relaciones familiares. - El cuidado se convierte en un eje central de su masculinidad. - Persisten barreras sociales y laborales que dificultan su implicación.
Midwife's experiences of father participation in maternity care at a large metropolitan health service in Australia.	Wynter, K et al. Australia, 2021	Estudio cualitativo descriptivo	PUBMED	Analizar las percepciones de las matronas sobre su rol en el bienestar paterno, así como, las ventajas y barreras de la participación de los padres en sus servicios.	- Las matronas reconocen el bienestar de los padres como parte de sus competencias, pero manifiestan falta de formación e inseguridad para abordarlo. - La participación paterna actúa como factor protector en el soporte materno y facilita la instauración del vínculo afectivo con el bebé. - Las matronas identifican diversas barreras, facilitadores y estrategias para favorecer la participación paterna.

Engaging Men in Prenatal Health Promotion: A Pilot Evaluation of Targeted e-Health Content.	Mackert, M et al. Estados Unidos, 2016	Estudio cualitativo descriptivo	PUBMED	Evaluar el impacto de las intervenciones de salud digital dirigidas específicamente a los hombres en relación con la salud prenatal.	- Hay una disposición favorable de las parejas hacia el uso de la aplicación móvil como herramienta para el aprendizaje sobre el embarazo. - Los contenidos más vistos fueron sobre nutrición y preparación financiera. - Los participantes señalaron la necesidad de optimizar la aplicación proponiendo más dinamismo e interactividad de las funciones actuales.
Guía de Educación Maternal de la Generalitat Valenciana	Carreguí Vilar, S et al. España, 2024	Documento técnico	REPOSITORIO INSTITUCIONAL	Unificar criterios para la educación maternal en la Comunidad Valenciana; promover la participación activa de gestantes y parejas; proporcionar herramientas para desarrollar sesiones grupales con enfoque comunitario.	- La guía estandariza contenidos y metodología para mejorar la calidad de la EM. - Promueve un enfoque comunitario y participativo centrado en las necesidades reales de las familias. - Fomenta la inclusión de la pareja y el entorno familiar en el proceso. - Facilita la planificación de sesiones dinámicas, prácticas y adaptadas a cada grupo.
Programa de preparación para la maternidad y paternidad	Amparan Ruiz, M et al. España, 2010	Documento técnico	REPOSITORIO INSTITUCIONAL	Ofrecer un programa estructurado de preparación para la maternidad y paternidad; promover el autocuidado durante embarazo, parto y puerperio; facilitar la adaptación activa de madres y padres.	- El programa proporciona un marco organizado para la educación maternal y paternal. - Refuerza el papel de la matrona como referente educativo y acompañante. - Promueve la implicación de la pareja en todo el proceso reproductivo. - Facilita sesiones prácticas, dinámicas y adaptadas a las necesidades del grupo.
Guía orientadora para la preparación al nacimiento y crianza en Andalucía	González Sanz, JD et al. España, 2022	Documento técnico	DIALNET PLUS	Unificar criterios para la preparación al nacimiento y crianza en Andalucía; actualizar contenidos pedagógicos para los profesionales; mejorar la calidad del acompañamiento; promover la parentalidad positiva.	- La guía proporciona un marco actualizado para la EM. - Refuerza el papel de los profesionales como acompañantes en todo el proceso reproductivo. - Fomenta la parentalidad positiva y los vínculos afectivos. - Facilita la planificación de sesiones educativas coherentes.

Guía técnica do proceso de educación maternal prenatal e posnatal	Xunta de Galicia. España, 2008	Documento técnico	DIALNET PLUS	Estandarizar el proceso de EM en Galicia; proporcionar pautas para planificar y desarrollar sesiones grupales; promover la participación activa de gestantes y parejas; favorecer la autonomía y la toma de decisiones.	- La guía unifica criterios para mejorar la calidad de la EM. - Refuerza el papel de la matrona. - Promueve sesiones dinámicas y adaptadas a cada grupo. - Fomenta la implicación de la pareja. - Facilita la continuidad educativa desde el embarazo hasta el postparto.
Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya	Departament de Salut. España, 2018	Documento técnico	REPOSITORIO INSTITUCIONAL	Establecer un protocolo unificado para el seguimiento del embarazo en Cataluña; garantizar una atención segura y equitativa; definir actuaciones, controles y educación sanitaria; promover la participación activa de la mujer.	- El protocolo mejora la homogeneidad y calidad del seguimiento del embarazo. - Refuerza el papel de la matrona como profesional de referencia. - Incorpora educación sanitaria como parte esencial del proceso. - Facilita la detección precoz de riesgos. - Promueve un enfoque centrado en la mujer y su autonomía.
Información y recomendaciones para embarazadas: embarazo, parto, postparto y lactancia	Hospital universitario Príncipe de Asturias. España, 2014	Documento técnico	REPOSITORIO INSTITUCIONAL	Proporcionar información clara sobre embarazo, parto, postparto y lactancia; facilitar la toma de decisiones; promover hábitos saludables; orientar a las mujeres.	- El documento mejora el acceso a la información. - Refuerza la importancia del autocuidado y la preparación para el parto. - Facilita la comprensión de los procedimientos hospitalarios. - Promueve la lactancia materna como opción prioritaria.
Guía profesional para la educación maternal-paternal del embarazo y parto.	Esparza del Valle, M.P et al. España, 2016.	Documento técnico	REPOSITORIO INSTITUCIONAL	Unificar criterios para la EM en Asturias; promocionar pautas para planificar sesiones educativas; promover la participación activa de gestantes y parejas; facilitar el autocuidado y la toma de decisiones.	- La guía mejora la calidad y coherencia de los PEM. - Refuerza el papel de matrona. - Promueve sesiones dinámicas, participativas y adaptadas a cada grupo. - Fomenta la implicación de la pareja. - Facilita la preparación emocional y física para el parto y la crianza.

Tabla 9. Tabla de resultados. Elaboración propia

5.2 Estructura y contenido de los Programas de EM

La comparativa realizada de los PEM de las siete comunidades autónomas exploradas: Cataluña (16), Madrid (36), Valencia (5), Galicia (17), Asturias (18), Cantabria (13) y Andalucía (15), (ver anexo 2). Ha permitido analizar su estructura y contenido en base a sus principales características: semana de inicio, número de sesiones, contenidos, profesionales responsables y lugar de realización.

Momento de inicio del programa:

Los programas muestran diferencias significativas en la semana de gestación en la que se recomienda iniciar la EM.

- Asturias es la comunidad que inicia más precozmente, antes de la semana 20 de gestación (18).
- Cantabria permite comenzar desde la semana 12, aunque si no es posible se retrasa hasta la 32 (13).
- Cataluña, Madrid, Valencia y Galicia sitúan el inicio entre las semanas 24 y 30 (16; 36; 5; 17).
- Andalucía es la única que contempla el inicio desde el primer trimestre (15).

Esta variabilidad pone de manifiesto la ausencia de un criterio unificado a nivel estatal. Las revisiones literarias indican que iniciar la preparación en el segundo trimestre favorece una mayor adherencia y permite integrar progresivamente los contenidos (3). Sin embargo, los programas que comienzan antes - como Asturias o Cantabria - pueden facilitar una mayor anticipación emocional y cognitiva, sobre todo en gestantes primíparas (18, 13).

Número de sesiones:

El número total de sesiones oscila entre 6 y 12, con diferencias notables:

- Valencia presenta el programa más extenso, con 12 sesiones (5).
- Cataluña ofrece 8 sesiones (1 introductoria + 7 temáticas) (16).
- Galicia destaca por incluir 10 sesiones preparto y 8 postparto, siendo el programa más completo en continuidad asistencial (17).
- Andalucía es la comunidad con menor número de sesiones, 6 (15).

La evidencia indica que los programas más largos y estructurados se asocian con una mayor satisfacción materna y mejores resultados obstétricos (12). En este sentido, los programas de Valencia y Galicia parecen alinearse mejor con estas recomendaciones.

Contenidos impartidos:

Los contenidos son relativamente homogéneos entre comunidades, aunque con matices:

- **Contenidos comunes en todas las comunidades:**
 - Cambios en el embarazo
 - Fases del parto y tipos de parto
 - Manejo del dolor
 - Puerperio
 - Lactancia materna
 - Cuidados del recién nacido
- **Contenidos diferenciales:**
 - Valencia incluye simulación de parto y visita a las instalaciones, elementos que aumentan la sensación de control y reducen la ansiedad (5).
 - Madrid incorpora conciliación familiar y papel del padre en la lactancia, mostrando un enfoque más inclusivo hacia la figura paterna (36).
 - Asturias y Cantabria incluyen explícitamente maternidad y paternidad corresponsable y modelos de parentalidad, alineándose con la literatura sobre paternidades activas (25).
 - Galicia añade recursos institucionales, facilitando la autonomía de las familias (17).
 - Andalucía introduce parentalidad positiva, un enfoque psicoeducativo que no aparece en otras comunidades (15).

La presencia de contenidos dirigidos al padre es escasa y desigual, lo que coincide con estudios que señalan la persistente exclusión de los hombres en la atención prenatal (24).

Profesionales responsables:

En la mayoría de comunidades, la EM es impartida por matronas, lo que garantiza coherencia y especialización:

- Cataluña, Madrid, Valencia, Galicia y Cantabria: matronas (5; 13; 16; 17; 36).
- Asturias: matronas y otros profesionales sanitarios (18).
- Andalucía: profesionales del Sistema Sanitario Público, no exclusivamente matronas (15).

La literatura destaca que la participación de las matronas mejora la calidad percibida y la satisfacción de las gestantes. Por tanto, los programas impartidos exclusivamente por matronas podrían ofrecer mayor coherencia formativa (35).

Lugares de realización:

En todas las comunidades, la EM se desarrolla en Centros de Atención Primaria, excepto Cataluña, donde se realiza en los ASSIR, dispositivos específicos de salud sexual y reproductiva (16). Se considera que este modelo catalán es más especializado y podría facilitar una atención más completa, aunque no existen estudios comparativos directos (16).

En conjunto, los programas de EM que existen en España tienen una estructura consistente y una materia bastante homogénea, pero con variabilidad en la duración, el enfoque y el grado de inclusión del padre. Los programas más completos, como los de Valencia (5) y el de Galicia (17), se alinean mejor con la evidencia sobre efectividad, mientras que otros, como el de Andalucía (15) y el de Asturias (18) destacan por su enfoque psicoeducativo o corresponsable.

La literatura más reciente pone en evidencia la necesidad de integrar más activamente a los padres en la EM, ya que su participación mejora la transición a la paternidad y la experiencia perinatal (38; 24). Sin embargo, solo Madrid y Asturias incluyen contenidos dirigidos específicamente hacia ellos (36; 18).

5.3 Fortalezas y barreras de los programas de EM

El análisis DAFO realizado, ha permitido analizar las fortalezas y barreras de los PEM, al sintetizar los factores internos y externos que influyen en la calidad, accesibilidad y efectividad de estos programas.

Debilidades de los PEM:

Los PEM presentan diversas limitaciones relacionadas con su organización, recursos y capacidad de adaptación. Una de las principales debilidades es la falta de actualización institucional y la adaptación desigual a los cambios sociales, lo que genera diferencias significativas entre centros y profesionales (2). Esta variabilidad se refleja también en la ausencia de una evaluación sistemática, que impide determinar si los recursos empleados responden a las necesidades reales de madres, padres y recién nacidos (12).

Otra debilidad relevante es la escasez de matronas, lo que obliga a que otros profesionales de Atención Primaria asuman la impartición de los programas, comprometiendo la especialización y la coherencia formativa (35). Además, la baja participación, con una asistencia aproximada del 45% de las gestantes, limita el impacto poblacional de la EM (35). La literatura coincide en que la falta de homogeneidad y la menor atención a los contenidos psicoemocionales hacen que la calidad general de los programas se reduzca (2; 12).

Estas debilidades ponen de manifiesto la necesidad de mejorar la estructura organizativa y los recursos humanos, así como la incorporación de mecanismos de evaluación continua que permita ir mejorando la calidad asistencial (2; 12).

Fortalezas de los PEM:

A pesar de las limitaciones, los PEM presentan importantes fortalezas. Las matronas de Atención Primaria realizan un gran esfuerzo de adecuación actualizando contenidos y metodologías para poder dar respuesta a las demandas emergentes de las familias (2). La evidencia muestra que la asistencia a los programas aumenta la satisfacción materna, mejora la vivencia del parto y aumenta la seguridad percibida ante la maternidad (12).

Asimismo, la EM se asocia a beneficios clínicos tales como un mayor número de partos que se inician espontáneamente y una lactancia materna adecuada (5). Estos programas son además gratuitos y de fácil acceso favoreciendo así la equidad y la participación informada de las mujeres y sus parejas (3; 37). Su inclusión en la Cartera Básica del Sistema Nacional de Salud refuerza su carácter de derecho y garantiza su disponibilidad en todo el territorio (3).

En resumen, todas estas fortalezas permiten evidenciar el valor de la EM como instrumento de promoción de la salud materno-infantil y de empoderamiento de las familias (12; 3).

Amenazas externas:

El contexto social y económico actual plantea diversas amenazas para la implementación y efectividad de los programas de EM. Las dificultades de acceso al empleo y la vivienda, junto con el retraso en la emancipación, disminuyen la tasa de fecundidad y aumentan la edad materna, reduciendo la población diana de los programas (18). Además, la mayor autonomía de las mujeres puede traducirse en la decisión de no tener descendencia, lo que también afecta a la demanda (18).

Las situaciones de vulnerabilidad social, económica, educativa o cultural dificultan el acceso y la participación, especialmente en población inmigrante o con escasos recursos (35). Por otro lado, el incremento de embarazos derivados de técnicas de reproducción asistida, asociados a mayor riesgo obstétrico, genera nuevas necesidades de educación sanitaria que los programas actuales no siempre contemplan (12).

Estas amenazas subrayan la importancia de adaptar los programas a una realidad demográfica cambiante y a las desigualdades sociales que afectan a la salud perinatal (18; 35).

Oportunidades de mejora:

El análisis también revela múltiples oportunidades para fortalecer los PEM. El proceso de empoderamiento ciudadano y el aumento de expectativas por parte de las parejas pueden actuar como motor para mejorar la calidad y la personalización de los contenidos (2). Asimismo, el contexto social actual favorece la corresponsabilidad y la igualdad de género, lo que abre la puerta a una mayor inclusión del padre en los programas (39).

La creciente demanda de información personalizada, actualizada y accesible representa una oportunidad para renovar los programas, incorporando nuevas metodologías y tecnologías (2). Además, la posibilidad de ampliar los contenidos desde la perspectiva de las madres y de desarrollar investigaciones longitudinales y multicéntricas permitiría reforzar la evidencia científica en cuanto a la eficacia de la EM (35).

Estas oportunidades señalan un recorrido hacia la mejora continua, la innovación y la adaptación de los programas a las verdaderas necesidades de las familias (2; 35).

El análisis DAFO refleja que los programas de EM en España poseen una base sólida y beneficios demostrados, pero presentan importantes retos relacionados con la falta de recursos, la variabilidad entre territorios y la escasa evolución sistemática. Al mismo tiempo, el contexto social actual ofrece oportunidades para poder avanzar hacia programas más inclusivos, actualizados y basados en la evidencia, sobre todo en lo que respecta a la participación del padre y la atención a la diversidad social (2; 12; 39).

5.4 Percepción de las profesionales

El análisis de la percepción de las profesionales que llevan a término los PEM nos permite comprender cómo se implementan estos programas en la práctica clínica y qué factores influyen en la calidad, efectividad y capacidad de adaptación a las necesidades actuales de las gestantes y sus familias (35; 2).

Valoración general de la efectividad de los programas:

La mayoría de las matronas consideran que los programas de EM son efectivos y útiles para preparar a las gestantes para el parto y el postparto. Específicamente, piensan que dicho programa es eficaz para abordar la lactancia, el cuidado del recién nacido y la comprensión del proceso de parto (35). No obstante, un porcentaje significativo del colectivo expresa dudas sobre su verdadera eficacia, lo que sugiere la existencia de áreas de mejora.

Esta visualización se alinea con los estudios que afirman la falta de evaluaciones sistemáticas que permitan medir de forma objetiva los resultados de los programas y su impacto real en la salud materno-infantil (12). Además, investigaciones como la de Holgado (12) muestran que, aunque la EM puede mejorar la vivencia del parto y la satisfacción materna, la calidad de los programas es variable y depende en gran medida de los recursos disponibles y de la formación de las profesionales.

Relevancia y adecuación de los contenidos:

Las matronas realizan una valoración especialmente intensa de los contenidos relacionados con el cuidado prenatal, la lactancia materna y los cuidados del recién nacido, considerándolos como esenciales para la preparación de las gestantes (35). Este planteamiento es el que recogen guías oficiales como:

- Guía de Educación Maternal de la Generalitat Valenciana (5)
- Guía orientadora de Andalucía (15)
- Protocolo de Seguimiento del Embarazo de Cataluña (16)

Todas ellas priorizan estos contenidos como pilares de la educación perinatal.

Sin embargo, en áreas como la nutrición, el ejercicio físico o la salud emocional, es donde se observa una mayor controversia en las respuestas de las profesionales, lo que sugiere diferencias en la formación, experiencia o enfoque pedagógico. Estas variaciones coinciden con estudios que manifiestan un menor nivel de fidelidad a favor de los contenidos

psicoemocionales en relación a los biomédicos (2), lo que puede limitar la capacidad de los programas para dar respuesta de manera integral a las necesidades de las gestantes.

Cumplimiento del número de sesiones recomendadas:

Un aspecto a destacar es que numerosas matronas no cumplen con el número de sesiones marcado en las guías, lo que dificulta mantener el esquema previsto para los documentos técnicos (2). Esta falta de correspondencia entre la teoría y la práctica asistencial se vincula con la gran carga asistencial, la falta de tiempo y la escasez de profesionales, factores que también se identifican como debilidades estructurales en el análisis DAFO.

Las guías autonómicas, como las de Galicia (17), Cantabria (13) o Andalucía (15) estiman un número de sesiones entre 6 y 12 , pero la práctica asistencial obliga muchas veces a la reducción del número de sesiones, afectando así la homogeneidad y la calidad del programa.

Metodología y dinámica de las sesiones:

El número de asistentes condiciona directamente la metodología a utilizar; cuanta mayor participación, más tiempo se necesita para llevar a cabo las actividades y más difícil es la interacción durante las sesiones, lo que lleva a recurrir con mayor frecuencia a sesiones expositivas (2). Aunque las matronas intentan fomentar la participación activa, las limitaciones organizativas y de espacio dificultan también la implementación de metodologías más dinámicas.

Esta percepción coincide con la visión que tienen las gestantes que asisten a los grupos, quienes demandan sesiones más participativas, prácticas e interactivas (3). Además estudios como el de Martínez (2) sugieren que la metodología aplicada afecta de forma notable la satisfacción de las mujeres y su capacidad para integrar los contenidos.

Disponibilidad de recursos y barreras percibidas:

El aspecto peor valorado por las matronas es la disponibilidad de recursos, tanto material como organizativo (35). Las profesionales afirman que existe la necesidad de reforzar los medios destinados a la educación maternal para garantizar la calidad del desarrollo de las sesiones. Esta limitación también queda reflejada en estudios que analizan la implementación de programas de EM en Cataluña y otras comunidades, donde la falta de recursos humanos y materiales aparece como una barrera habitual (2).

Las matronas también identifican una participación irregular de las gestantes, donde en algún caso perciben una falta de compromiso o asistencia discontinua. Sin embargo, estudios

centrados en la perspectiva de las mujeres consideran que la falta de compromiso no siempre responde a desinterés, sino a barreras externas, como por ejemplo horarios incompatibles, carga laboral, responsabilidades familiares o dificultades de acceso (3).

Percepción de las gestantes:

La figura profesional que más tiempo, cercanía y accesibilidad les proporciona a las gestantes, es la matrona (3). Esta relación de confianza también favorece a la asistencia regular así como a la participación activa en las sesiones, donde se está consolidando el rol de la matrona en la EM. Las mujeres demandan:

- Sesiones más dinámicas e interactivas.
- Horarios flexibles y compatibles con la jornada laboral.
- Inclusión de las parejas y familias.
- Información actualizada, estructurada y práctica (3).

Estas demandas coinciden con las áreas de mejora identificadas por las propias matronas, lo que evidencia una alineación entre las necesidades de las usuarias y las percepciones de las profesionales (35).

De la visión sobre la EM que tienen las profesionales se deduce que, aunque los programas de EM son valorados positivamente y se considera que cumplen su función, se perciben importantes retos como la falta de recursos, la variabilidad de la impartición de los contenidos o la dificultad para mantener la estructura recomendada. La visión de las gestantes complementa esta perspectiva, destacando la necesidad de programas más dinámicos, accesibles y adaptados a las realidades actuales (35; 3; 2).

5.5 Participación de la pareja en las guías

El análisis de las guías de las distintas comunidades autónomas revela una disonancia significativa entre la parte teórica y la ejecución de las sesiones prácticas de los programas de educación maternal. Aunque el discurso teórico adopta una perspectiva inclusiva orientada a gestantes, acompañantes y familiares, en las intervenciones grupales se evidencia una persistencia del enfoque tradicional, centrado de forma casi exclusiva en la figura de la gestante. Resulta fundamental destacar que hay guías donde en su parte teórica, se incluyen objetivos dirigidos específicamente a las parejas. Ejemplo de ello son la guía de Galicia y Valencia, donde incluyen objetivos explícitos, tales como “destacar el papel de la pareja como elemento activo de apoyo y participación durante todo el proceso” (17) o “promover la participación equitativa y corresponsable de las parejas”(5). También, en relación a los contenidos teóricos, guías como las de Asturias o Andalucía incorporan en sus sesiones grupales aspectos psicosociales relevantes vinculados al rol de la pareja o acompañante. Entre ellos destacan la promoción de roles igualitarios, la coeducación, la corresponsabilidad en los cuidados y la prevención y detección de la violencia de género durante el embarazo (15; 18). En cuanto a las dinámicas grupales, algunas guías detallan actividades en las que se fomenta de manera explícita la participación de la pareja. Un ejemplo significativo es la guía de Cataluña, donde varias sesiones recomiendan que la pareja participe activamente en ejercicios de respiración, postura corporal y relajación, así como en la expresión de deseos y preferencias que formarán parte del plan de parto (16). Si bien estos hallazgos reflejan una voluntad teórica que busca fomentar la integración de la pareja en todo el proceso, la implementación en práctica clínica sigue siendo un reto pendiente (37).

El aumento de las expectativas sobre la corresponsabilidad paterna en el cuidado infantil contrasta con la escasez de recursos sociosanitarios que van dirigidos a este colectivo. Como respuesta a esta carencia asistencial, varios estudios sugieren la necesidad de creación de espacios grupales diseñados específicamente para acompañantes (39). Un ejemplo relevante es el ensayo clínico sobre la Iniciativa de Alimentación Infantil para Padres (PIFI), donde se evaluó el impacto de una intervención sobre lactancia materna dirigida específicamente a padres. Los resultados del estudio mostraron altos niveles de satisfacción y múltiples beneficios. Los participantes valoraron positivamente la oportunidad de interactuar con otros padres en su misma situación, apreciaron que se reconociera y se validará su rol en la lactancia, descubrieron aspectos que desconocían sobre las dificultades iniciales y destacaron la utilidad de recibir orientación anticipatoria sobre las primeras semanas de

crianza. Este estudio concluye que los espacios formativos dirigidos específicamente a padres pueden mejorar su implicación y favorecer la corresponsabilidad en los cuidados (37).

Barreras que dificultan la participación de la pareja:

En el estudio de Wynter et al. Se identifican diversos obstáculos para una participación real de los padres, entre los cuales están factores individuales, sociales, culturales y de servicios de salud (39).

A nivel individual, la participación se ve condicionada por factores como el bajo nivel educativo, la vulnerabilidad socioeconómica, las barreras idiomáticas y la presencia de conflictos en la esfera de la pareja. En el ámbito social, las limitaciones se vinculan principalmente a las circunstancias laborales y a la falta de apoyo comunitario, problemática que empeora en familias migrantes o refugiadas. Asimismo, persiste una barrera cultural significativa, en algunas culturas, el embarazo, el parto y la educación prenatal se continúan percibiendo como competencia de las mujeres. Finalmente, el propio sistema de salud actúa en ocasiones como una barrera debido a la falta de horarios flexibles, la incompatibilidad con la jornada laboral y la falta de preparación prenatal grupal (39).

Nuevas metodologías:

La evidencia demuestra que la participación activa de la pareja mejora la vivencia del embarazo, favorece la corresponsabilidad y fortalece el vínculo familiar, lo que subraya la necesidad de ampliar los espacios formativos dirigidos específicamente a padres y adaptar los programas a las realidades actuales (24; 38).

Acorde con la necesidad de adaptar los PEM, el estudio Mackert et al. subraya la relevancia de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como herramienta para fomentar la implicación de las parejas. Los hallazgos muestran una alta predisposición al uso de dispositivos electrónicos para la búsqueda de información en salud, especialmente, entre padres primerizos. Si bien los usuarios valoraron positivamente la adecuación de la aplicación, identificaron algunas áreas de mejoras. Entre ellas, destaca la demanda de una aplicación más atractiva y dinámica, con experiencias gamificadas mediante el uso de videojuegos u otras funciones de personalización (40). Por lo tanto, la modernización de los PEM puede incluir la digitalización de sus contenidos y la transformación de la educación

maternal en un proceso interactivo que se ajuste a las expectativas tecnológicas actuales, promoviendo una participación paterna real y efectiva durante la gestación (40).

6. CONCLUSIONES

El análisis realizado permite afirmar que los PEM en España presentan una estructura común y una lógica de diseño similar, pero presentan variaciones notables entre comunidades autónomas, en cuanto al número de sesiones, el momento de inicio, los contenidos impartidos y el perfil profesional de quienes los desarrollan. Esta heterogeneidad evidencia la falta de un marco estatal global que garantice la atención homogénea en todo el territorio.

La comparación de la estructura y contenido de los programas muestra que, aunque todas las comunidades incluyen contenidos esenciales, como el embarazo, el parto, el puerperio, la lactancia materna y los cuidados del recién nacido, existen grandes diferencias en profundidad y enfoque de los mismos. En este sentido, los programas más extensos y estructurados, como los de Valencia y Galicia, se alinean mejor con la evidencia disponible, y ofrecen mejores resultados que otros programas con menor cantidad de sesiones.

El análisis de fortalezas y barreras de los programas muestra que se han integrado elementos muy positivos, como son la gratitud, la accesibilidad y los beneficios que demuestra la experiencia perinatal. Sin embargo, también presentan limitaciones importantes, como la falta de recursos, la escasez de matronas, la variabilidad de los centros y la ausencia de evaluaciones sistemáticas que garanticen los resultados obtenidos y medir el impacto real de la experiencia de los PEM.

La percepción de las profesionales sanitarias confirma la utilidad de los programas, pero también señala dificultades para mantener la estructura recomendada, implementar metodologías participativas y garantizar la calidad asistencial debido a la carga de trabajo y la falta de recursos. Las gestantes, por su parte, valoran positivamente el acompañamiento de la matrona, pero demandan sesiones más dinámicas, horarios flexibles y una mayor inclusión de sus parejas.

Finalmente, el análisis de la participación de la pareja evidencia que, aunque su presencia está contemplada en todas las guías, su integración real sigue siendo limitada. La literatura demuestra que la implicación activa del padre mejora la experiencia perinatal y favorece la corresponsabilidad, por lo que resulta necesario reforzar su participación mediante actividades específicas, metodológicas inclusivas y espacios adaptados a sus necesidades.

En conjunto, los resultados muestran que los PEM son una herramienta fundamental para la promoción de la salud materno-infantil, pero requieren una actualización estructural y metodológica que permita garantizar su calidad, equidad y efectividad en todo el territorio español.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Jané Checa M, Prats Coll R, Plasència Taradach A. Educación maternal: preparación para el nacimiento, adolescencia, maternidad e infancia [Internet]. 1ª ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2009. Disponible en: www.caballeria.com
2. Martínez-Bueno C, Amorós-Martí P, Del Val-García JL, Burballa-Rived M, Icart-Isern MT. Evaluación de la implementación del programa de Preparación para el Nacimiento en Cataluña: características de las matronas y fidelidad al programa. *Matronas Prof.* 2018;19(4):126-34.
3. Paz Pascual C, Artieta Pinedo I, Grandes G, Espinosa Cifuentes M, Gaminde Inda I, Payo Gordon J. Necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad. Estudio cualitativo para el rediseño de la educación maternal. *Aten Primaria.* 2016;48(10):657-64. doi:10.1016/j.aprim.2015.12.004; PubMed PMID: 27039971.
4. Larruy Aranda L. Programa de educación maternal: Mi primer parto, un parto normal [Internet]. Trabajo de Fin de Grado. Lleida: Universitat de Lleida; 2016. Disponible en: <https://repositori.udl.cat/items/947eafdf-5d1c-4d2d-b97e-115870317f93>
5. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad. Guía de educación maternal: guía de educación para la salud grupal con orientación comunitaria [Internet]. 1ª ed. Valencia: Generalitat Valenciana; 2024. Disponible en: <https://www.san.gva.es/documents/d/assistencia-sanitaria/05-educacion-maternal-guia-cast-pdf>
6. Corte García P. Importancia de la educación maternal durante la gestación. *NPunto.* 2022;5(53):23-89.
7. España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad [Internet]. BOE núm. 102, 29 abr 1986. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
8. España. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud [Internet]. BOE núm. 222, 16 sep 2006. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-16212-consolidado.pdf>
9. España. Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña [Internet]. BOE núm. 172, 20 jul 2006. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-13087-consolidado.pdf>
10. España. Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña [Internet]. BOE núm. 182, 30 jul 1990. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1990/BOE-A-1990-20304-consolidado.pdf>
11. Ruiz Berdún D. De los cursos de puericultura a la educación maternal: el papel de las matronas en la preparación al parto en España a lo largo del siglo XX. *Hist Med Enferm* [Internet]. 2021;(15):63-98. Disponible en: <https://revistas.uned.es/index.php/HMe/article/view/30597>
12. Holgado PÁ, Gilart Cantizano P, Palomo Gómez R, María J, Lara V, Rodríguez L, et al. Análisis de un programa de educación maternal en el parto: resultados obstétricos y satisfacción materna. *Nure Investig* [Internet]. 2016;13(82). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6277910>
13. Amparan Ruiz M, Martín Seco Y, Otero García A, Sánchez Movellán M. Programa de preparación para la maternidad y paternidad [Internet]. Santander: Gobierno de

- Cantabria, Consejería de Sanidad; 2010. Disponible en: <https://saludcantabria.es/documents/d/guest/programa-preparacion-maternidad-4-11-10?download=true>
14. Sanz Andrés MJ. Los programas de educación maternal-paternal en el Sistema Nacional de Salud. Políbea. 2016;(121):19-22. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5734728>
 15. González Sanz JD, Barquero González A. Guía orientadora para la preparación al nacimiento y crianza en Andalucía [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Familias; 2022. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/GuiaNacimiento2ed_v3_julio22.pdf
 16. Generalitat de Catalunya. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya [Internet]. 3a ed. Barcelona: Departament de Salut; 2018 [citado 2025 dic 28]. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1204/protocol_seguiment_embaras_catalunya_2018.pdf
 17. Xunta de Galicia. Guía técnica do proceso de educación maternal prenatal e posnatal. Versión 1. Santiago de Compostela: Servizo Galego de Saúde; 2008.
 18. Gobierno del Principado de Asturias. Guía profesional para la educación maternal-paternal del embarazo y parto. Oviedo: Consejería de Sanidad; 2016
 19. Aldrighi JD, Dalmolin A, Girardon-Perlini NMO, Lacerda MR, Trigueiro TH, Wall ML. Integrative approach to the development of situation specific theories: theoretical reflection. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2023;32:e20220255. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2022-0255en>
 20. Moreno CM, Peralta Cruz A, Velásquez Monroy N. Convertirse en madre durante la adolescencia: transiciones en el rol materno. Investig Enferm Imagen Desarr [Internet]. 2020;22(1):1–10. Disponible en: <https://ciberindex.com/c/id/2211id>
 21. Guano Punina RM, Delgado de Álvarez VN, Vásquez Peña VA, Álvaro Ramírez LM, Sarabia Reyes AE. Cuidados de enfermería para la prevención de complicaciones materno-neonatales en el puerperio inmediato desde el enfoque de Ramona Mercer: una revisión sistemática. Ciencia Latina [Internet]. 2024;8(5):12132-12449. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/14642>
 22. Pérez M, Morales L, Núñez M, Tevera Y, González I. Estadios de la adopción del rol materno de la teorista Ramona Mercer: asociación con el trimestre del embarazo y la etapa del puerperio de un grupo de mujeres veraguenses, 2019. Rev Investig Cient [Internet]. 2021;6:15-21. Disponible en: <https://revistas.utp.ac.pa/index.php/ric/article/view/3132>
 23. Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. 9.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
 24. Maia da Silva CS, Araújo Martins C. Convertirse en padre: la experiencia de transición a la paternidad en el prenatal. Cult Cuid [Internet]. 2023;27(65):169-184. Disponible en: <https://research-ebsco-com.sabidi.urv.cat/linkprocessor/plink?id=f0e0807a-5bac-3dfb-87f1-7938f60b1fda>
 25. Jiménez Rodrigo ML. Configuración y (re)significación de las masculinidades y paternidades en hombres comprometidos con los cuidados de sus hijos/as en España. Quaderns de l'ICA [Internet]. 2022;(37):1-25. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/QuadernsICA/article/view/366009/460029>

26. España. Real Decreto-ley 9/2025, de 29 de julio, por el que se adoptan medidas urgentes en materia económica [Internet]. BOE núm. 182, 30 jul 2025. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2025/07/29/9>
27. Martínez Zapata R. Enfermería y puericultura en la España contemporánea: las enfermeras puericultoras y su aportación a la salud materno-infantil en la provincia de Valencia [tesis doctoral en Internet]. Castelló de la Plana: Universitat Jaume I; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.6035/14103.2023.472743>
28. Zafra Anta MA, Hernández Clemente JC, Medino Muñoz J. Estudio histórico hemerográfico sobre la Escuela Nacional de Puericultura: antecedentes de la pediatría social y mirada crítica a la maternología y la perspectiva de género. *An Pediatr (Engl Ed)* [Internet]. 2020;93(1):70-72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.03.007>
29. National Library of Medicine. PubMed [Internet]. Bethesda (MD): NLM; [citado 2026 feb 9]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
30. Universidad de La Rioja. Dialnet [Internet]. Logroño: Universidad de La Rioja; [citado 2026 feb 9]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es>
31. EBSCO. CINAHL: EBSCOhost Research Databases [Internet]. [citado 2026 feb 9]. Disponible en: <https://research-ebSCO-com.sabidi.urv.cat/c/iuapm2/search/advanced/filters?defaultdb=c8h>
32. Fundación Index. CUIDEN [Internet]. [citado 2026 feb 9]. Disponible en: <http://cuiden.fundacionindex.com.sabidi.urv.cat/cuiden/>
33. Biblioteca Virtual en Salud. Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) [Internet]. São Paulo: BIREME/OPS/OMS; 2025 [citado 2025 nov 24]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/>
34. National Library of Medicine. MeSH: Medical Subject Headings [Internet]. Bethesda (MD): NLM; [citado 2026 feb 24]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>
35. López Araez A, Isaltina Gomes T, Serrano Carrasco J. Perspectiva de las matronas sobre los programas de educación maternal. *Matronas Prof* [Internet]. 2024;41:1-10. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9883083>
36. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Servicio de Obstetricia y Ginecología. Información y recomendaciones para embarazadas: embarazo, parto, postparto y lactancia. 2ª ed. Madrid: Comunidad de Madrid; 2014.
37. Kuliukas L, Hauck YL, Jorgensen A, Kneebone K, Burns SK, Maycock BR, et al. Process evaluation of a peer-led antenatal breastfeeding class for fathers: perceptions of facilitators and participants. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019;19(1):48. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-019-2198-6>
38. Muñoz-Serrano M, Uribe-Torres C, Hoga L. Fathers prepared for and committed to their role as companions during the birth process. *Aquichan*. 2018;18(4):415-425. Disponible en: <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.4.4>
39. Wynter K, Di Manno L, Watkins V, Rasmussen B, Macdonald JA. Midwives' experiences of father participation in maternity care at a large metropolitan health service in Australia. *Midwifery*. 2021;101:103046. doi: 10.1016/j.midw.2021.103046.
40. Mackert M, Guadagno M, Lazard A, Donovan E, Rochlen A, Garcia A, Damásio MJ. Engaging Men in Prenatal Health Promotion: A Pilot Evaluation of Targeted e-Health Content. *Am J Mens Health*. 2017;11(3):719-725. doi: 10.1177/1557988316679562.

ANEXOS

Anexo 1. Cronograma de Gantt

MES		Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
ETAPAS									
Etapa de planificación	Identificación de un problema o ámbito de interés	X	X						
	1a Revisión bibliográfica	X	X						
	Definición del objetivo y las hipótesis		X						
	Seleccionar el tipo de estudio		X						
Etapa de búsqueda y obtención de datos				x	x				
Etapa de organización de la información				x	x				
Etapa de redacción del marco teórico					x				
Etapa de redacción de la metodología					x	x			
Análisis y redacción de los resultados, discusión y conclusión						x	x		
Revisión del trabajo y correcciones finales							x	x	
Preparación de la defensa								x	x

Anexo 2. Tabla comparativa. Estructura y Contenidos de los programas de EM

	SEMANA DE GESTACIÓN	N.º DE SESIONES	CONTENIDO	PERSONA QUE LO IMPARTE	LUGAR DE REALIZACIÓN
CATALUÑA (16)	3º trimestre (a partir de la semana 26 de gestación)	1 sesión introductoria + 7 sesiones	· Gestación y sus cambios. · Embarazo y bienestar. · Fases del parto, identificar señales, técnicas no farmacológicas. · Tipos de parto, situaciones, estrategias. · El puerperio. · Alimentación del recién nacido: lactancia materna. · Atención al recién nacido.	Matronas	ASSIR (Atención a la salud sexual y reproductiva)
MADRID (36)	Antes de la semana 30, entre la 27-29 semana de gestación	9 sesiones	- Anatomía, fisiología, higiene y cuidados del puerperio - Alimentación durante la gestación - Beneficios del piel con piel o el alojamiento conjunto - Diferencias entre parto medicalizado y la atención de bajo riesgo - Conciliación familiar - Lactancia materna - Papel del padre en la Lactancia materna - Grupos de apoyo en la LM	Matronas	Centro de Atención Primaria

VALENCIA (5)	A partir de la semana 26-28 de gestación según criterio de la matrona.	12 sesiones	· Embarazo · Fases del parto · Tipos de parto · Manejo del dolor · Simulación de parto · Visita a las instalaciones lugar nacimiento · Postparto, puerperio, anticoncepción, sexualidad. · Cuidado infantil · Sueño, ergonomía · Lactancia materna I, II, III	Matronas	Centros de Atención Primaria
GALICIA (17)	Inicio entre la 24-28 SG.	10 sesiones preparto + 8 sesiones postparto	· Embarazo y sus cambios. · Parto y tipos. · Puerperio. · LM. · Cuidados del RN. · Sexualidad y anticoncepción. · Recursos institucionales.	Matrona o profesional capacitado	Centros de Atención Primaria
ASTURIAS (18)	Inicio antes de las 20 SG.	9 sesiones	· Cambios durante el embarazo. · Maternidad y paternidad corresponsable. · Parto y plan de parto. · Manejo del dolor. · Cuidados del RN. · El puerperio. · LM. · Trámites administrativos.	Matronas y profesionales sanitarios	Centros de Atención Primaria

CANTABRIA (13)	Primera sesión a partir de las 12 SG. Si no es posible se empezarán la semana 32.	9 sesiones	· Cambios físicos y psíquicos durante el embarazo. · Modelos de maternidad y paternidad. Vinculación afectiva con el bebé. · Inicio del parto. · El parto y nacimiento. · Piel con piel. · Lactancia materna. · Cuidados del puerperio. · Cuidados del bebé. · Recuperación postparto. Relaciones sexuales y anticoncepción.	Matronas	Centros de Atención Primaria.
ANDALUCÍA (15)	A partir del primer trimestre	6 sesiones	· Embarazo y sus cambios, vinculación prenatal. · Fases del parto, tipos de parto, medidas farmacológicas. · Puerperio, signos de alarma. · Lactancia materna, beneficios, técnicas, lactancia artificial. · Cuidados del recién nacido · Parentalidad positiva	Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía de los Centros de Atención Primaria.	Centros de Atención Primaria.

Anexo 3. DAFO

DEBILIDADES	FORTALEZAS
• La adaptación de los programas al contexto social se realiza de manera individual y desigual, sin una actualización formativa institucional ni una adecuada dotación de recursos (2). • Ausencia de una evaluación sistemática que permita valorar si los recursos utilizados responden a las necesidades reales de madres, padres y recién nacidos (12). • Escasez de profesionales cualificados (matronas), lo que condiciona que los programas sean desarrollados por otros profesionales de Atención Primaria (35). • Variabilidad en las actuaciones y contenidos entre distintos centros de Atención Primaria y hospitales, lo que dificulta una atención homogénea y de calidad (2). • Baja participación en los programas de EM, con un porcentaje aproximado del 45% de mujeres que solicitan o participan en ellos (35). • Baja calidad global de los programas, lo que impide extraer conclusiones firmes sobre su eficacia (12). • Menor fidelidad a los contenidos psicoemocionales y sociales que los de contenido biomédico (2)	• Las matronas de AP, realizan un gran esfuerzo para adaptarse a los cambios sociales, modificando contenidos y metodología del programa (2). • La asistencia aumenta la satisfacción de las mujeres con la experiencia del proceso de parto, con vivencias más positivas y mayor seguridad para afrontar la maternidad (12). • Beneficios asociados sobre la experiencia del parto y el postparto (2). • La EM se asocia a un mayor número de partos que se inician espontáneamente y favorece el inicio de la lactancia materna tras el nacimiento (5). • Programas gratuitos y de fácil acceso (3). • Favorecen una participación informada y más activa de la mujer y su pareja durante el proceso (37). • Son concebidas como un derecho fundamental de las mujeres e incluidas en la Cartera Básica del Sistema Nacional de Salud (3). • La asistencia al PEM actúa como factor de protección para obtener mejores resultados obstétricos, especialmente en la posición materna durante el periodo expulsivo y el inicio de la lactancia materna en el puerperio inmediato (12).
AMENAZAS	OPORTUNIDADES
• Dificultades de acceso al empleo y a la vivienda, que retrasan la emancipación, disminuyen la tasa de fecundidad y aumentan la edad materna (18). • Mayor autonomía de las mujeres que, en algunos casos, se traduce en la decisión de no tener descendencia, reduciendo la población diana de los programas (18). • Situaciones de vulnerabilidad social, económica, educativa, idiomática o cultural, dificultan el acceso y la participación, especialmente en población inmigrante o con escasos recursos (35). • Proceso de empoderamiento de la ciudadanía, con un aumento de las expectativas y demandas por parte de las parejas, que puede generar presión sobre los recursos disponibles (2). • Incremento de los embarazos derivados de técnicas de reproducción asistida, asociados a mayor riesgo obstétrico y mayores necesidades de educación sanitaria (12).	• Mayor autonomía de las mujeres para la toma de decisiones sobre su proyecto vital gracias al creciente acceso al mercado laboral (12). • Existencia de un contexto social favorable a la corresponsabilidad y la igualdad de género (38). • Creciente demanda de las mujeres de información personalizada, actualizada y accesible (2). • Posibilidad de ampliar y mejorar los programas incluyendo la perspectiva de las madres (35). • Uso de investigaciones longitudinales y multicéntricas para reforzar la evidencia científica sobre la eficacia de la educación maternal (35).