

Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento Declaración de Fortaleza 1985 Organización Mundial de la Salud

Tecnología apropiada para el parto *Publicada en Lancet 1985; 2:436-437. Traducción ACPAM*

En abril, la oficina regional europea de la OMS, la Organización Panamericana de Salud y la oficina regional de la OMS para las Américas organizaron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto. La conferencia tuvo lugar en Fortaleza, Brasil, con la asistencia de más de 50 participantes: comadronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres. La cuidadosa revisión de los conocimientos sobre la tecnología para el parto llevó a la adopción unánime de las siguientes recomendaciones. La OMS cree que estas recomendaciones son aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo.

Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada.

El nacimiento es un proceso normal y natural, pero incluso los "embarazos de bajo riesgo" pueden sufrir complicaciones. A veces es necesaria una intervención para obtener el mejor resultado. Para que las siguientes recomendaciones sean viables, es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios junto a modificaciones en las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales.

Recomendaciones generales

Los ministerios de sanidad deben establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto en los sectores público y privado.

Los países deben efectuar investigaciones conjuntas para evaluar las tecnologías de atención al parto.

Toda la comunidad debe ser informada de los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera.

Se debe animar a las madres y a sus familias a practicar el autocuidado en el periodo perinatal, y a reconocer cuándo necesitan ayuda y de qué tipo para mejorar las condiciones del embarazo, parto y puerperio.

Los grupos de ayuda mutua entre madres ofrecen un valioso apoyo social y una oportunidad única para compartir información sobre el parto.

El equipo sanitario debe fomentar actitudes coherentes para garantizar la continuidad en el control del parto, y el equipo perinatal debe compartir una filosofía de trabajo común, de modo que los cambios de personal no dificulten la continuidad en la atención. Los sistemas informales de atención perinatal (como las parteras tradicionales) deben coexistir con el sistema oficial, y se ha de mantener un espíritu de colaboración en beneficio de la madre. Tales relaciones pueden ser muy efectivas cuando se establecen en paralelo.

La formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto.

El equipo perinatal debe ser motivado conjuntamente para fortalecer las relaciones entre la madre, su hijo y la familia. El trabajo del equipo puede verse afectado por conflictos interdisciplinarios, que deben abordarse sistemáticamente.

La formación de los profesionales sanitarios debe incluir técnicas de comunicación para promover un intercambio respetuoso de información entre los miembros del equipo sanitario y las embarazadas y sus familias.

Debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales. La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión.

La evaluación de la tecnología debe implicar a todos los que usan dicha tecnología, epidemiólogos, sociólogos, autoridades sanitarias y las mujeres en las que se usa la tecnología.

La información sobre las prácticas obstétricas en los diferentes hospitales, como la tasa de cesáreas, debe estar al alcance del público.

Debe investigarse a nivel regional, nacional e internacional sobre la estructura y composición del equipo de atención al parto, con el objetivo de lograr el máximo acceso a la atención primaria adecuada y la mayor proporción posible de partos normales, mejorando la salud perinatal, según criterios de coste-efectividad y las necesidades y deseos de la comunidad.

Recomendaciones específicas

Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.

Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.

El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre.

Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.

Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10 % de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15 %.

No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea. Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia.

La ligadura de las trompas de Falopio no es una indicación de cesárea. Existen métodos más sencillos y seguros de esterilización tubárica.

No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos. Se precisan más estudios sobre la selección de las mujeres que podrían beneficiarse de la monitorización fetal. Entre tanto, los servicios nacionales de salud deberían abstenerse de adquirir nuevos equipos.

Se recomienda controlar la frecuencia cardíaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo.

No está indicado rasurar el vello pubiano o administrar un enema antes del parto.

No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.

Debe protegerse el periné siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.

La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10 % de inducciones.

Durante el expulsivo debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos (salvo que se necesiten específicamente para corregir o prevenir alguna complicación).

No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina.

Se requieren más estudios para valorar cuál es el mínimo de ropa especial que deben llevar quienes atienden al parto o al recién nacido.

Aplicación de las recomendaciones

Las anteriores recomendaciones reconocen diferencias entre distintos países y regiones. Su aplicación debe adaptarse a cada circunstancia.

Los gobiernos deben determinar qué departamentos deben coordinar la evaluación de la tecnología apropiada para el parto. Las universidades, sociedades científicas y grupos de investigación deben participar en la evaluación de la tecnología.

Las normas de financiación deben desalentar el uso indiscriminado de tecnologías.

Debe fomentarse una atención obstétrica crítica con la atención tecnológica al parto y respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto.

Los organismos gubernamentales, universidades, sociedades científicas, y otros grupos interesados deberían ser capaces de controlar la práctica excesiva e injustificada de la cesárea, investigando y dando a conocer sus efectos nocivos sobre la madre y el hijo.

La OMS y la OPS deben promover una red de grupos de evaluación para ayudar a los países a adoptar nuevas tecnologías desarrolladas por países más avanzados. Esta red se convertirá a su vez en un centro para la difusión de la información.

Los resultados de la evaluación de la tecnología deben ser ampliamente difundidos para cambiar la conducta de los profesionales y las actitudes del público en general.

Sólo tras una cuidadosa evaluación deben los gobiernos considerar el desarrollo de normas para permitir el uso de nuevas tecnologías para el parto.

Deben promoverse reuniones nacionales y regionales sobre el parto, que incluyan a profesionales sanitarios, autoridades sanitarias, usuarios, grupos de mujeres y medios de comunicación.

La OMS y la OPS deben designar un año durante el cual la atención se centre en la promoción de un nacimiento mejor.

FISIOLOGÍA DEL PARTO Y RECOMENDACIONES DE LA OMS

Aportaciones de la fisiología para entender la sexualidad como un todo

El estudio de la fisiología nos ha permitido comprobar que la sexualidad es un todo, pues son las mismas hormonas las que están implicadas en los diferentes momentos de la sexualidad, durante las relaciones sexuales, el parto y la lactancia. La interferencia en una parte del proceso global de la sexualidad afecta a la totalidad. Todas estas hormonas que intervienen en la sexualidad se originan en el cerebro, a nivel del hipotálamo y la hipófisis, en el llamado cerebro primitivo que es el que compartimos con los mamíferos.

Gracias a la fisiología algunas mujeres se pueden dar permiso para contar que durante el nacimiento de sus hijos han estado en otro lugar, en otro universo fuera del tiempo ordinario, con una energía desbordante y que el brillo de los ojos de su bebé nada más nacer es el brillo más intenso que jamás han visto.

ENTORNO FAVORABLE PARA EL PARTO

Según las Recomendaciones específicas de la OMS sobre el nacimiento del año 1985:
"Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional."

Michel Odent establece una analogía entre el sueño y el parto y dice que la madre necesita durante el parto, silencio, calor, seguridad y no sentirse observada.

LA INTIMIDAD es una necesidad en el parto de los mamíferos tanto para dormir como para el parto se precisa una reducción del neocortex, lo que facilita el sueño, facilita el parto, es difícil dormirse si nos están haciendo preguntas. Durante el parto la madre se encuentra en "otro mundo" y no es capaz ni de recordar su número de teléfono, pues se encuentra reducida la actividad del neocortex. El aspecto más importante de la fisiología del parto en el plano práctico es la reducción de la actividad del neocortex.

LA LUZ SUAVE o la ausencia de luz favorecen el sueño y el parto.

LA PRIVACIDAD es una necesidad básica durante el parto. La tendencia a negar esa privacidad es realmente cultural. Los estudios sistemáticos han confirmado que el hecho de sentirse observado es una situación que estimula el neocortex y se alarga el parto.

EL CALOR, durante el parto favorece el calor, pues con el frío se libera adrenalina que es una hormona antagónica de la oxitocina.

En aquellas sociedades en las que las mujeres tienen la costumbre de aislarse para parir, el parto tiene fama de vivirse con facilidad, como describe Wulf Schiefenhovel de los Eipos, tribu de Nueva Guinea, a los que filmó con teleobjetivo en diferentes momentos del parto, la madre se aísla entre matorrales para el parto, de igual forma se da entre los Tukomanos a orillas del mar Caspio, o en las tribus indias de Canadá.

Los mamíferos que no tienen la influencia del neocortex como los humanos, consiguen trabajar con el cerebro primitivo que es el que facilita el parto. La científica americana Niles Newton, estudió en ratones, los efectos nocivos del entorno en el momento del parto, y encontró como factores inhibidores del parto, cambiar a la hembra de lugar llevándole a un lugar desconocido, colocarla en una jaula transparente que impida su intimidad. Niles Newton afirma que el arte de la matrona es el de no interferir.

La figura de la matrona es una figura materna que da seguridad y confianza, que no juzga. La matrona tiene un papel de protectora y al igual que los niños necesitan la presencia de la madre para conciliar el sueño, la mujer de parto necesita la figura de la matrona o de la figura de la madre como prototipo de alguien con quien pueda sentirse segura, de esta forma se reduce la actividad del intelecto y el cerebro primitivo trabaja libremente. En algunas especies de mamíferos existen las matronas o hembras auxiliares del parto. Se ha comprobado su existencia en elefantes, bisontes, delfines, morsas, en algunas especies de monos.

EL RESPETO A LA FISIOLOGÍA DURANTE EL PARTO Y EL RESPETO A LA NATURALEZA

Odent en su libro el "Bebé es un mamífero" cuenta que los Kng San y los Efe Pigmeos (Selva Ituri del Zaire), estudiados poco antes de su desaparición, tenían una estrategia de supervivencia que consistía en vivir en armonía con el medio y con el ecosistema; este grupo tenía un instinto ecológico bien enraizado y en particular un profundo respeto por los árboles. Según Jean Pierre Hallet, ellos no tenían creencias y rituales que pudieran perturbar el parto y el primer contacto entre la madre y el recién nacido.

Según M.Odent, en aquellos grupos humanos donde la estrategia de supervivencia no era dominar la Naturaleza ni a otros grupos humanos, no eran perturbados los procesos fisiológicos. Sin embargo cuanto mayor es la necesidad de desarrollar las capacidades agresivas en una sociedad dada, más agresivos son los rituales y las creencias en el periodo cercano al nacimiento.

Vandana Shiva ha puesto la voz de alarma ante la biotecnología que pretende controlar y patentar semillas y la tecnología en el embarazo y el parto que transforman a la mujer en recipiente, rompiendo el vínculo orgánico entre la madre y el hijo.

IMPORTANCIA DEL PRIMER CONTACTO ENTRE LA MADRE Y SU BEBÉ

La OMS recomienda desde el año 1985: *El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre. Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.*

En todos los mamíferos, tras el parto la hembra lame, huele y acaricia al recién nacido y éste busca instintivamente los pezones para mamar. El primer contacto entre la madre y su cría es inmediata en los mamíferos, y en los domésticos (vacas, caballos, ovejas.) precisan del primer contacto para ser aceptados y amamantados por su madre. Los veterinarios hablan de la importancia del encalostramiento precoz y del inicio de la lactancia para conseguir mantener la misma y para no ser rechazada la cría por la madre.

El contacto piel con piel entre el recién nacido y su madre favorece el vínculo afectivo entre ambos. El primer contacto piel con piel entre la madre y su recién nacido, el intercambio de miradas y el hechizo entre ambos es el inicio del vínculo afectivo que mantendrá unida a la madre con su hijo. El entorno en estos momentos de inicio debe ser de silencio y sin interferencias para que madre y bebé puedan vivir plenamente el nacimiento del amor. El alumbramiento de la placenta se realiza sin una pérdida de sangre exagerada si no se perturba el encuentro madre hijo que en el espacio de la primera hora habrá encontrado por sí mismo el pecho de la madre y comenzará a mamar sin dificultad para la succión, pues el estado de alerta del bebé es máximo en esa primera hora de vida.

En el momento del primer contacto entre la madre y su bebé se alcanzan los niveles máximos de oxitocina, de endorfinas y de prolactina que facilitan en la madre la atención máxima afectiva hacia el bebé, la expulsión de la placenta y el comienzo de la lactancia. El inicio precoz de la lactancia influye en la duración de la misma y en la posición correcta de succión. Según demuestran numerosos estudios realizados en los últimos 20 años.

RECOMENDACIONES DE LA OMS (1989):

En la Declaración Conjunta de OMS-UNICEF para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna (1989), se recomienda lo siguiente respecto al momento inmediato tras el parto:

Atención a la madre durante el parto e inmediatamente después

Muchas de las maniobras que habitualmente constituyen la atención al parto perinatal, que con frecuencia se caracterizan por adoptar medios "quirúrgicos" y "asépticos, se implantaron originalmente para evitar infecciones perinatales o para facilitar el trabajo de los médicos y demás personal sanitario. Aun cuando no todas esas maniobras perturban la relación madre-hijo, con frecuencia sus efectos son negativos sobre la lactancia.

La experiencia de la mujer durante el parto influye sobre su motivación con respecto a la lactancia y la facilidad con que pueda iniciarla. La sensibilidad y disponibilidad del personal de salud, inclusive el **respeto** que éste tenga hacia **la dignidad e intimidad de la mujer**, contribuirán a que ésta se encuentre cómoda y a gusto. Para reducir al mínimo las molestias de parto debe permitirse **que la mujer se mueva, adopte las posturas que le resulten más cómodas** y tenga a alguna persona querida o de confianza que le de compañía y apoyo. **Con estas sencillas medidas se puede reducir la duración del parto** y la necesidad de oxitocina, de intervenciones quirúrgicas y de sedantes, mejorando al mismo tiempo las perspectivas de una buena lactancia natural.

Se evaluará con el máximo cuidado la necesidad de administrar sedantes, analgésicos y anestésicos. Aun cuando es importante reducir las molestias físicas a la mujer, la utilización

indiscriminada o excesiva de estos medicamentos puede reducir la capacidad de ésta para parir normalmente, provocar somnolencia, evitar que establezca un contacto íntimo con su hijo inmediatamente después del parto y reducir la capacidad de succión del recién nacido. Es preciso que se haga todo lo posible para evitar la administración de todo medicamento, hormonas inclusive, que puede interferir directamente con la iniciación y establecimiento de la lactancia.

Los reflejos de búsqueda y succión en el recién nacido son especialmente intensos inmediatamente después de un parto normal, momento en que normalmente la madre está deseando tocar y ver a su hijo. En esos momentos será beneficioso **favorecer el contacto directo piel con piel entre la madre y el niño y permitir que éste succione el pecho de la madre, con lo cual se contribuirá a reforzar el vínculo inicial madre-hijo y se estimulará la secreción láctea.** Además los movimientos de succión del niño estimularán la liberación de oxitocina, que facilitará la expulsión de la placenta y las contracciones uterinas de la tercera fase del parto.

La necesidad de reposo de la mujer que acaba de parir se puede satisfacer más adelante: en realidad, facilitará el reposo un íntimo contacto con su hijo durante la primera media hora aproximadamente. Por consiguiente se debe limpiar y secar al recién nacido (no es necesario bañarle) y ponerlo sobre el abdomen de la madre para que ésta lo tome y lo lleve hacia su pecho.

La aplicación habitual de un colirio de nitrato de plata o de antibiótico para prevenir la conjuntivitis se puede aplazar por unos 15 minutos para no obstaculizar el contacto visual mutuo entre la madre y el hijo. El niño debe permanecer cerca de la madre mientras se encuentre en la sala de partos.

Es evidente que todas las maniobras no son posibles en caso de cesárea o de otras intervenciones quirúrgicas importantes. Ello no obstante, debe mantenerse el principio de permitir lo antes posible el contacto estrecho entre la madre y el hijo.

¿CUÁL ES LA POSICIÓN FISIOLÓGICA DURANTE EL PARTO?

La OMS recomienda desde 1985: *No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.*

Los profesionales con experiencia en parto en casa han podido observar cuáles son las posiciones utilizadas con mayor frecuencia en el parto. Cuando las mujeres no se sienten observadas o guiadas y pueden elegir libremente muchas se ponen a cuatro patas, otras de rodillas, o se apoyan en algo mientras que se inclinan hacia delante. En mujeres de origen cultural muy diferente existen puntos comunes en su comportamiento.

Según Odent, con la posición hacia delante se disminuye la sensación dolorosa en la espalda y se facilita la rotación del bebé dentro de la pelvis. Además la posición hacia delante garantiza que los vasos sanguíneos más importantes-la vena cava y la aorta- no se compriman entre el peso del bebé en el útero y la columna vertebral de la madre. El riesgo del sufrimiento fetal está considerablemente reducido.

La posición inclinada hacia delante o a cuatro patas favorece un mayor aislamiento del mundo exterior, "en otro planeta" y por tanto reduce la actividad del neocórtex y favorece la liberación de las hormonas necesarias para las contracciones uterinas eficaces.

¿ES SIEMPRE NECESARIA LA EPISIOTOMÍA?

La OMS recomienda desde 1985: *Debe protegerse el periné siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.*

La OMS recomienda desde 1989 (*Recomendaciones de la OMS para la promoción protección y apoyo a la lactancia materna. Declaración Conjunta OMS-UNICEF 1989*) *Durante el parto se evitarán la ansiedad y los dolores inútiles (no se hará la episiotomía si no es indispensable) Todo ello ejerce acciones negativas sobre la liberación y secreción de prolactina.*

¿QUÉ RECOMIENDA LA OMS SOBRE LA MONITORIZACIÓN FETAL?

La OMS recomienda desde 1985: *No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo.*

La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos. Se precisan más estudios sobre la selección de las mujeres que podrían beneficiarse de la monitorización fetal. Entre tanto, los servicios nacionales de salud deberían abstenerse de adquirir nuevos equipos. Se recomienda controlar la frecuencia cardiaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo.

Según M. Odent: Todos los resultados de los estudios sobre la grabación continua del ritmo del corazón del bebé durante el parto a través del monitoreo, confirman que el único efecto constante y significativo sobre las estadísticas del método electrónico, es el aumento de la tasa de cesáreas, en comparación con la escucha del bebé de tanto en tanto. Cuando la mujer durante el parto sabe que sus funciones corporales están siendo observadas en forma continua, su neocortex está estimulado y esta estimulación puede alargar el parto, o transformarlo en un parto difícil y peligroso, por lo cual se hace necesaria una cesárea.

¿QUÉ RECOMIENDA LA OMS SOBRE LA CESÁREA?

La OMS recomienda desde 1985: *Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10 % de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15 %. No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea. Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia*

La práctica de cesáreas en España alcanza un 18 por ciento en los centros públicos y alrededor de un 28 por ciento en los privados, cifras muy superiores a lo que aconseja la OMS. En las "Recomendaciones sobre los derechos de la mujer embarazada y el bebé" de dicho organismo se afirma que "los países cuyas tasas de mortalidad perinatal son las más bajas del mundo tienen también las tasas de cesáreas inferiores al 10 por ciento. No hay, pues, razón alguna que justifique un índice de cesáreas superior".

En Holanda se dan las mejores estadísticas del mundo con las tasas de mortalidad perinatal inferiores al 10 por mil y las tasas de mortalidad materna inferiores al 1 por diez mil y unos porcentajes de cesáreas del orden del 6%. En Holanda uno de cada tres bebés nace en casa, un bebé de cada tres nace en una pequeña policlínica y solamente uno de cada tres en un servicio de obstetricia convencional.

En España la cifra del parto en casa no llega al uno por ciento, aunque no existen datos precisos al respecto. Hace diez años, en Barcelona se asistían unos 12 partos anuales en el hogar; actualmente son ya unos 70, según datos de expertos en estos nacimientos.

En Italia que tiene el mayor número de ginecólogos-obstetras en Europa, en relación a la población y el menor número de matronas, presenta la tasa más elevada de intervenciones en el parto. En China la tasa de cesáreas es del orden del 40%

Recientemente ha nacido en nuestro país una asociación de ayuda mutua, "APOYO CESAREAS", para compartir, escuchar, animar, informar, y dar una esperanza a todas las mujeres que han pasado por una cesárea. Forma de suscripción: enviar un mensaje a apoyocesareas-alta@elistas.net

BIBLIOGRAFÍA LACTANCIA MATERNA

- ACPAM (Associació Catalana Pro Alletament Matern). Boletines informativos sobre lactancia materna
- AGUAYO MALDONADO J. Lactancia Materna. Universidad de Sevilla, 2001
- BRITTEN. J, MOODY J, HOGG K. Lactancia Materna Ed. Integral. Barcelona, 1998
- CASADO DE FRÍAS E. Lactancia Natural. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1986
- FISHER Clohe. Alimentación infantil Traducida por Laura Lecumberri. Pamplona 1999
- GONZÁLEZ C. Mi niño no me come. Carlos. Ed. Temas de Hoy. Madrid, 1999
- GONZALEZ C. Bésame mucho. "Cómo criar a tu hijo con amor. Ed. Temas de hoy. Madrid 2003
- HALE T. Medications and Mothers' Milk. Thomas Ph.D. 7ª Edition, 1998.
Pharmasoft Medical Publishing, 21 Tascocita Circle, Amarillo, Tx 79124-7301 Fax. 806-356-9480
- ILLINGWORTH El niño normal. Ronald S. 10ª edición. Churchill Livingstone. Edimburgo, 1991
- LAWRENCE R. L. Lactancia Materna.. Ed. Mosby. 4ª edición. Madrid, 1996
- OMS World Health Organization. Bulletin of the 68(5) 625-631 Declaración Conjunta OMS/UNICEF. Ginebra, 1989
- OMS - UNICEF/ NUT/93.2. Edición revisada en 1998 Breastfeeding counselling: A training course. Trainer's Guide.
- ROYAL COLLEGE of MIDWIVES. Lactancia Materna. Manual para profesionales Ed. ACPAM. Barcelona-1994
- SAZ P. Higiene y Salud Natural de los Niños. Pablo. Ed. Particular. Zaragoza, 1998
- VÍA LÁCTEA. Consejos para la Lactancia Materna. Ed. G. Aragón Zaragoza 2002

ANTROPOLOGÍA

- ASLHEY MONTAGU, (1983) Ed. Prometeo El Sentido del tacto
- BOWLBY, J. *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Ed. Morata. Madrid 1995.
- BUXÓ Rey, M.J. (1991), *Antropología de la mujer*, Ed. ANTROPOS Editorial del hombre, Barcelona.
- CUBELLS, J.M., Ricart, S. (1999), *¿Por qué lloras? comprende e interpreta el llanto de tu hijo*, Ed. Martínez Roca, Barcelona.
- DROSCHE, V. B., (1983). *Calor de Hogar*
- FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, I. (1994), *La revolución del nacimiento*, Ed. EDAF, Madrid.
- GARCÍA MADURGA, J.A. Lacasa, P. (1990), *Psicología evolutiva*, Ed. UNED, Madrid.
- GARRIDO GENOVÉS, V. (2000) *El psicópata*, Ed. Algar, Barcelona.
- GUTMAN LAURA (2002) *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*, Ed. L Gutman
- JANNOY, A. (2001) *La biología del amor*, Ed. Apóstrofe, Barcelona.
- KAHN Shelton, S. (2000), *Dormir de un tirón y otras mentiras* Ed. Alfaguara, Madrid.
- LEAKEY, R. (1994) *El origen de la humanidad*, Ed. Debate, Barcelona.
- LEBOYER, F. *Por un nacimiento sin violencia*, 1974 Ed. Altafulla
- LEBOYER, F. *Shantala Un arte tradicional, el masaje para los niños*, Ed. Edicial, Bs. As. 1978
- MEAD, M. (1971) *Adolescencia y cultura en Samoa*, Ed. Paidós, Barcelona.
- MEAD, M. (1982) *Sexo y temperamento*, Ed. Paidós, Barcelona.
- MEAD, M. (1985) *Educación y cultura en Nueva Guinea*, Ed. Paidós, Barcelona.
- MELERO - BARBERA, J. (1980), *Parirás con placer*, Ed. Kairós, Barcelona.
- MIES, María y SHIVA, Vandana. *La praxis del ecofeminismo. Biotecnología, consumo y reproducción*. Barcelona 1998.
- MILLER, A. (1980) *Por tu propio bien (las raíces de la violencia en la educación de los niños)*, Ed. Tusquets, Barcelona.
- ODENT, M. (1990), *El bebé es un mamífero*, Ed. Mandala, Madrid.
- ODENT, M. (2001), *La científicización del amor*, Ed. Creavida Argentina
- ODENT, M. (2003), *El Granjero y el Obstetra*, Ed. Creavida Argentina
- RODRIGÁÑEZ, C. CACHAFEIRO, A. (1995) *Represión del deseo materno y el estado de sumisión inconsciente*, Ed. Nossa y Jara, colección Madre Tierra, Madrid.
- RODRIGÁÑEZ, C., *El Asalto al Hades. La rebelión de Edipo, 1ª parte*, Proyecto editorial traficantes de sueños Madrid 2002
- ROF CARVALLO, J., (1988) *Violencia y ternura*, Ed. Espasa Calpe, colección Austral, Madrid.
- SÁNCHEZ GÓMEZ, M.S. (2000) *Adrienne Rich*, Ed. Del Orto, colección Biblioteca de Mujeres, Madrid.
- SMALL, M.F., (1999) *Nuestros hijos y nosotros*, Ed. Vergara Vitae, Buenos Aires.
- SAU, V. (1995) *El vacío de la maternidad (madre no hay más que ninguna)*, Ed. Icaria, Barcelona.
- VERNY, T., Kelly, J. (1988) *La vida secreta del niño antes de nacer*, Ed. Urano, Barcelona.

ESTUDIOS CIENTÍFICOS

- Prescott, J.W. (1975) *Body Pleasure and the origins of violence*, en *Atomic Scientist*.
- Siegel, E., *Early and extended maternal - infant contact*, *Am J Dis Child* 136:251, 1982.

