



MATERNIDAD DE NEONATOS CON BAJO PESO Y/O PREMATUROS

Maternidades Vulnerables, 2020

*“Los pies más pequeños dejan
las huellas más grandes en nuestra vida”*

Anónimo

Índice

1. Introducción.
2. Atención integral a las mujeres en situaciones de vulnerabilidad.
3. Vulnerabilidad de las madres de neonatos con bajo peso y/o prematuros.
4. Necesidades de las madres de neonatos con bajo peso y/o prematuros.
5. Conclusiones y Recomendaciones.
6. Referencias Bibliográficas.
7. Declaración de Autoría.

1. Introducción

La Asociación Salud y Familia, entidad no gubernamental de ámbito estatal lleva trabajando ininterrumpidamente veinticinco años en el ámbito de atención a las familias y las mujeres vulnerables y presenta un alto nivel de especialización en el abordaje de la maternidad en situaciones de vulnerabilidad ofreciendo un amplio abanico de opciones y prestaciones a las madres a la par que conectándolas y mejorando su acceso a sistemas de protección normalizados como son los servicios de salud, los servicios sociales, los servicios de empleo y el sistema de ayudas públicas a familias.

La Asociación Salud y Familia, con el apoyo financiero y la colaboración institucional continuada de las administraciones públicas y el tercer sector social, ha conseguido ensamblar y hacer operativo un modelo de atención integral a la maternidad en situaciones de vulnerabilidad que ofrece de forma perseverante segundas oportunidades en salud reproductiva, acceso a la formación profesional y al empleo, empoderamiento de las madres y las mujeres y apoyo para la construcción de redes sociales amplias.

La desigualdad social y económica ha ido progresivamente en aumento desde los años ochenta en la mayoría de países occidentales y España no es una excepción. La desigualdad social alimenta creencias que nos hacen más proclives a tolerarla, aceptarla y justificarla. A su vez, las relaciones sociales adoptan formas que mantienen y refuerzan la desigualdad social a través de dos grandes rutas culturales: a) La posición social individual se ha ido convirtiendo en el núcleo fundamental de la evaluación que hacemos de nosotros mismos y de los demás, b) Cada vez nos vamos sintiendo más alejados unos de otros.

Pese al contexto de desigualdad social creciente hay margen para la libre elección. Adaptamos nuestras elecciones a las oportunidades reales que nos presenta la vida. En este sentido, existen diferencias abismales en la libertad de elegir, especialmente entre las mujeres que, todavía hoy, crecemos bajo un patrón social de vigilancia, amoldamos nuestros cuerpos, nos negamos espacios, controlamos horarios, coartamos movimientos y gestos y seguimos siendo disciplinadas mediante los estereotipos, el acoso, el escarnio y el insulto en nuestra vida cotidiana. Las mujeres somos reconocidas principalmente como cuidadoras y esto ha venido ocurriendo demasiado tiempo. En la actualidad, las mujeres españolas presentan niveles educativos más elevados que los hombres y, sin embargo, perdura una menor tasa de actividad, una brecha salarial significativa, un menor reconocimiento e influencia en todos los ámbitos y una violencia de género reticular que socava la salud y la vida de millones de mujeres. Quedan, pues, brechas por cerrar y caminos por recorrer, ya que participar y formar parte de la voluntad general se ha configurado como una aspiración de una mayoría significativa de mujeres españolas.

Desde el inicio del siglo XXI, España es una sociedad con una población que presenta una notable diversidad cultural, un incremento de la movilidad territorial entre personas residentes, un mayor número de incidencias y necesidades asociadas a la variedad de culturas y subculturas y un aumento continuado de la distancia entre los rangos de ingresos. Estos cambios recientes y acelerados provocan que las agendas públicas estén abiertas y, en muchas ocasiones, por páginas diferentes pues cada cambio demográfico, tecnológico, normativo o de costumbres lleva aparejado un impacto sistémico.

En las sociedades europeas y también en España, el aislamiento y la segregación social, los niveles educativos bajos y la consiguiente lejanía respecto a la corriente principal de la sociedad provocan efectos duraderos a lo largo del ciclo vital de las personas: a) Socavan las bases sociales del respeto hacia una misma que se construye en la infancia y la juventud, b) Reducen las habilidades para conseguir recursos y c) Hacen más difícil convertir los medios y los recursos en funcionamientos satisfactorios.

En este contexto de complejidad social y cultural, la pobreza en España ha presentado una gradación de intensidad ascendiente concentrándose especialmente en las familias con menores a su cargo y, entre éstas, en las familias de origen inmigrante, en las familias monomarentales y en las madres adolescentes y jóvenes. Asimismo, es necesario subrayar la tendencia de las familias en situación de pobreza y vulnerabilidad a registrar una fecundidad y una natalidad netamente superiores a la media española, esta última en línea con las tendencias demográficas en la Europa continental y del Sur.

Las mujeres en situación de vulnerabilidad focal y/o múltiple viven a menudo en ecosistemas sociales que propician el aislamiento cultural y social, el cual se ve agravado cuando son madres poniendo en riesgo simultáneamente su proyecto vital como mujeres y la crianza de sus hijas/os en clave de socialización abierta. La maternidad en situaciones de vulnerabilidad reduce a corto, medio y largo plazo las redes de apoyo familiar y social y conduce a la cronicidad de la privación, la discriminación, la vulnerabilidad y/o la pobreza para las madres y a la transmisión intergeneracional de menores capacidades para sostener la vida.

Este Informe sobre **MATERNIDAD DE NEONATOS CON BAJO PESO Y/O PREMATUROS** forma parte de una serie que se ocupa de: a) Definir las características de un modelo de atención integral a la maternidad en situaciones de vulnerabilidad que ofreciendo segundas oportunidades sea capaz de generar protección al minimizar las consecuencias adversas de las decisiones automáticas y de los entornos de privación y discriminación, b) Identificar las intersecciones o nudos sociales y culturales que constituyen ámbitos específicos de vulnerabilidad a los que las mujeres estamos expuestas por nuestra triple condición de mujeres, gestantes y cuidadoras.

2. Atención integral a las mujeres en situaciones de vulnerabilidad.

La vulnerabilidad es un concepto amplio y multifactorial que se aplica a personas y grupos sociales. Puede resumirse en la susceptibilidad a ser dañada/o física, mental y/o moralmente. En la valoración de la amplitud y la intensidad de la vulnerabilidad deben tenerse en cuenta:

- Los riesgos sociales, ambientales, físicos, mentales y morales a los que las personas y grupos sociales estamos expuestas/os.
- Las capacidades para prevenir, resistir o sobreponerse a determinados riesgos, daños y/o discriminaciones.
- Las respuestas sociales, sanitarias y legales a las necesidades y los contextos de vida de las mujeres y de las madres en general y, más especialmente de las que se encuentran en circunstancias y/o posiciones sociales más desfavorecidas.

La perspectiva de género se refiere a la metodología y los mecanismos de análisis que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres que se pretende justificar en base a las diferencias biológicas entre mujeres y hombres emborronando las diferencias culturales en la asignación asimétrica de roles, actividades y conductas. Esta perspectiva debe ser implementada cuando tratamos la maternidad, que continua siendo una de las elecciones decisivas en la vida de las mujeres de cualquier origen, raza, religión, clase social y/o nivel formativo. Analizar la maternidad y las circunstancias puntuales o crónicas de vulnerabilidad con la lente de la perspectiva de género permite entender que la vida de mujeres y hombres puede modificarse en la medida que no está “naturalmente” determinada y al cuestionar los estereotipos abre la posibilidad de pensar y actuar de modo que:

- Se produzcan mejoras en la vida de mujeres y hombres, enriqueciendo todos los ámbitos de actividad humana tanto sean reproductivos como productivos.
- Se comprenda como se gesta y se expresa la discriminación hacia las mujeres en su diversidad y se abran vías para transformarla.
- Se redistribuyan equitativamente las actividades entre mujeres y hombres en la esfera privada y pública. Cuando nos focalizamos en la maternidad, la crianza y la vida en familia es necesario centrarse en la corresponsabilidad en el cuidado de las/os hijas/os y la redistribución de las actividades de sostenimiento de la vida humana.
- Se modifiquen las estructuras sociales, los mecanismos, las reglas, las prácticas y los valores que perpetúan la desigualdad de género.
- Se fortalezca el poder de gestión y decisión de las mujeres y de las madres teniendo en cuenta las situaciones de vulnerabilidad y discriminación que irán apareciendo a lo largo del ciclo de vida.

La equidad se basa en que la unidad de medida de la justicia social es el trato que reciben las personas más desfavorecidas, en este caso las mujeres y las madres en situaciones de vulnerabilidad. En la práctica, un programa, modelo o servicio equitativo tiene que desarrollar tres componentes estratégicos:

- Abrir rutas múltiples de accesibilidad física, económica y cultural de tal modo que la oferta de atención llegue y penetre en los entornos más desfavorecidos y discriminados y en las situaciones de vulnerabilidad.
- Crear entornos ricos en oportunidades y adecuados a las necesidades específicas de los diversos grupos de mujeres y madres vulnerables.
- Proporcionar un trato que promueva los códigos modernos del respeto vinculados estrechamente al empoderamiento y consistentes en fomentar que cada mujer o madre haga algo por sí misma, mejore su capacidad para cuidarse y coopere con los demás.

La atención integral se entiende como el conjunto de acciones coordinadas con el fin de satisfacer las necesidades esenciales para preservar la vida humana así como para promover el aprendizaje a través de la experiencia en un marco de respeto hacia los valores de las personas. En el ámbito de la atención a la maternidad en situaciones de vulnerabilidad, el enfoque integral facilita:

- Salir del sistema protocolizado de atención a las mujeres y las madres basado en el principio de eficiencia bajo mínimos.
- Integrar la mayoría de funciones claves en un único nivel de atención social y sanitaria, pues todo aquello que es relevante para las mujeres, las madres y las familias se produce en primer plano al alcance del profesional y se encuentra en el seno del campo relacional entre madres y profesionales.
- Ofrecer simplicidad y presencia plena en la atención social y sanitaria de primera línea, desplazando y minimizando todo tipo de transacciones administrativas. Este marco de atención favorece que, tanto las madres como los profesionales que las atienden, puedan aplicar sus habilidades a los ámbitos donde es factible una acción eficaz.
- Identificar el centro de gravedad de la situación de todas y cada una de las madres en situación de vulnerabilidad, presentar un horizonte creíble de acciones y generar confianza.
- Detectar oportunidades y reorganizar, cuando es necesario, prioridades de forma compartida entre las madres y los profesionales que las atienden.

3. Vulnerabilidad de las madres de neonatos con bajo peso y/o prematuros.

El número de mujeres con nacimientos prematuros ha ido aumentando en España a lo largo del Siglo XXI de forma que actualmente se estima que entre siete y ocho partos de cada cien serán pretérmino. Los nacimientos prematuros importan, considerándose a nivel mundial la primera causa de mortalidad infantil antes de los cinco años de vida. En los países, como España, donde la mejora de los cuidados perinatales ha posibilitado un aumento de la supervivencia también se ha producido un incremento en las tasas de morbilidad infantil y en las secuelas a largo plazo, especialmente entre los neonatos prematur@s extrem@s.

Se consideran nacimientos prematuros o pretérmino todos aquellos que se producen entre las 22 y las 36,6 semanas de gestación y bajo peso al nacer todos aquellos neonatos con un peso menor de 2.500 gramos. La clasificación de la prematuridad a nivel mundial es la siguientes: se consideran prematuros moderados o tardíos aquellos neonatos nacidos entre las 32 y las 37 semanas de gestación, muy prematuros aquellos nacidos entre las 28 y las 32 semanas de gestación y prematuros extremos lo que nacen con menos de 28 semanas de gestación. Entre los neonatos prematuros y/o de bajo peso existe un gradiente de riesgo de tal manera que para realizar la valoración más adecuada debe combinarse la edad gestacional junto con el peso al nacer, incluso para los prematuros tardíos que nacen en las semanas 37-38 de gestación. Los prematuros extremos nacidos antes de las 32 semanas de gestación o aquellos neonatos con un peso igual o inferior a 1.500 gramos son los que concentran mayores riesgos de morbimortalidad y los que plantean dilemas éticos en relación con el límite de la viabilidad fetal y la contención del esfuerzo terapéutico.

El parto prematuro es casi siempre un desenlace inesperado del embarazo y las madres se ven sorprendidas por un acontecimiento de un gran impacto emocional. Las madres y sus familias se manifiestan desprevenidas y no preparadas aun cuando con antelación hubieran sido informadas de la posible ocurrencia de un parto prematuro. En casi todas las madres se activa un sentimiento de inadecuación o culpa que refuerza automáticamente el mandato de género latente como cuidadoras principales del recién nacido. En una mayoría abrumadora de estas situaciones críticas el reparto de roles es inflexible y las madres viven y expresan la elección de dedicarse primordialmente a cuidar del neonato prematuro en términos de una iniciativa propia que es esperada y muy bien aceptada por la pareja y la familia.

Las madres se sienten conmocionadas al ver por primera vez a su hij@ prematur@, se despiertan los temores respecto a la viabilidad de la criatura y a la vez aparece una distancia más o menos encubierta respecto a un bebé que se aleja de sus expectativas. Inmersas en la incertidumbre y con un sentimiento de pérdida del rol materno deseado, las madres asumen sin más cuestionamientos que ellas deben ser las cuidadoras principales. Sin embargo, en los primeros momentos, el papel del padre es, de hecho, fundamental pues él acostumbra a ser el primero en ver al neonato y a mediar con la madre convaleciente y con los demás hij@s si existen.

La prematuridad y/o el bajo peso al nacer tienen fundamentos multicausales que interaccionan de forma singular en cada mujer embarazada. Entre los principales factores conocidos que inducen prematuridad y/o bajo peso al nacer cabe destacar:

- Los embarazos múltiples asociados al uso de técnicas de reproducción asistida. Estos embarazos producen una distensión uterina superior a la capacidad del útero lo que activa el mecanismo de producción de prostaglandinas y citosinas capaces de desencadenar prematuramente el trabajo de parto.

- El hábito tabáquico que, a través de la producción de trombina, genera proteasas que maduran el cuello uterino y dañan las membranas fetales.
- Los antecedentes de parto prematuro antes de las 34 semanas de gestación o abortos espontáneos posteriores a las 17 semanas de gestación.
- El intervalo intergenésico inferior a un año entre el último parto y la nueva gestación que prácticamente duplica el riesgo de prematuridad.
- El embarazo en la adolescencia.
- El peso inadecuado de la mujer antes del embarazo, tanto sea delgadez como obesidad pues en este último caso el tejido adiposo produce proteínas inflamatorias. El estado nutricional de la embarazada es crucial en las situaciones de retraso del crecimiento fetal intrauterino y también aumenta la susceptibilidad a las infecciones vaginales o urinarias.
- Las enfermedades maternas como la hipertensión arterial y la diabetes que son más frecuentes cuanto más avanzada es la edad materna.
- Los factores psicosociales como el estrés y/o la depresión que son más frecuentes e intensos entre las mujeres víctimas de violencia de pareja.
- Los factores sociales como el nivel socioeconómico y educacional bajo y otros asociados a la pobreza y la exclusión social que prácticamente duplican el riesgo de prematuridad.

El post-parto inmediato y el puerperio de las madres con neonatos prematuros y/o de bajo peso supondrá una experiencia de vulnerabilidad y fragilidad mayor que en las madres con partos a término. Si el nacimiento se ha producido por debajo de las 35 semanas de gestación el bebé será ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales más próxima y si ha nacido por encima de las 35 semanas de gestación y no presenta patología permanecerá con la madre siguiendo un protocolo de cuidados especiales.

Se trata de momentos muy críticos en que la madre en primera persona, su pareja y por extensión la familia vivirán sincrónicamente sentimientos de amenaza, preocupación, incertidumbre y ansiedad asociados a la posibilidad de que existan en el neonato problemas de salud graves, diagnósticos que señalen una incapacidad o que, incluso, se produzca una muerte perinatal. Asimismo, muchas decisiones cruciales deben tomarse en un lapso muy breve de tiempo pues será necesario reorganizar la vida familiar y laboral con objeto de poder acudir diariamente a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y participar en la atención al bebé prematuro. En el caso de las mujeres que sufren violencia de pareja, el desaliento y el desamparo ante esta situación crítica acostumbra a identificarse en la Unidad de Cuidados Neonatales aunque es difícilmente manejable. Cuando se produce una muerte perinatal la madre verá su duelo silenciado e invisibilizado socialmente y, en ocasiones, tendrá que navegar sin acompañamiento profesional en medio del dolor y la falta de apoyo social hasta encontrar tarde o temprano una salida emocional propia aun cuando se están produciendo avances paulatinos en esta área de atención.

La ayuda a la construcción del vínculo madre-hij@s durante el tiempo en que el bebé permanece ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales es un reto que gradualmente han ido afrontando los equipos profesionales pues se admite la evidencia científica de que el contacto piel con piel con la madre y el padre facilita la lactancia, el desarrollo neurológico y minimiza las secuelas en el neonato prematuro a la vez que reduce la depresión post-parto en la madre. En este sentido, hay que remarcar una evolución progresiva de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales hacia una atención más humanizada e inclusiva para las madres y las familias.

Actualmente la mitad de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales públicos mantienen horarios de visitas muy amplios y más del 60% fomentan el método canguro o contacto piel con piel. Poco a poco se va abriendo paso al modelo de cuidados centrado en el desarrollo que más allá de las imprescindibles y estrictas rutinas técnicas individualiza las necesidades del neonato y de la familia y fomenta la participación activa de la madre y del padre en la atención al recién nacido prematuro.

El momento de alta hospitalaria y la vuelta a casa es a la vez deseado y temido, pues el bebé continuará necesitando cuidados especiales, un entorno con restricción de visitas, pautas higiénicas severas y una relación continuada con el sistema sanitario durante bastantes meses. En esta etapa, las madres se convertirán en el eje sobre el que pivotarán los cuidados que necesitará y recibirá el bebé prematuro y se sentirán más seguras, confiadas y capaces cuanta mayor haya sido su participación en la atención al bebé durante el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

La corresponsabilidad y el apoyo familiar juegan un papel importante, sobre todo para los aspectos de organización logística y cuando hay más hij@s en el núcleo familiar. No obstante, en el entorno más próximo con el transcurso del tiempo pueden darse reacciones erráticas y distantes respecto a la necesidad de continuidad en las atenciones al bebé prematuro. De vuelta en casa, cada vez más madres y padres buscan el apoyo de otras familias que han vivido una experiencia similar y toman contacto, si no lo han hecho durante el ingreso hospitalario, con las asociaciones de padres de niños prematuros. Cuando los bebés prematuros llegan al hogar de una familia desfavorecida, las madres vivirán un cambio de larga duración aún más radical pues serán no solo la principal sino casi la única fuente de los cuidados múltiples que requieren estas criaturas y estas condiciones de vida influenciarán el vínculo madre-hij@ y la relación con los servicios sanitarios, sociales y educativos.

Los factores sociales y familiares que más favorecen el desarrollo infantil de los bebés prematuros son el nivel educativo de ambos padres, las redes de apoyo familiar y el acceso a recursos sociosanitarios de calidad. En líneas generales, la derivación y/o el consejo de acudir a los centros de atención temprana se suele producir una vez los bebés prematuros se encuentran estabilizados aunque la coordinación y la continuidad asistencial entre estos centros de atención temprana, la atención primaria pediátrica y las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales dista mucho de ser efectiva y no es equitativa territorialmente.

Así las cosas, las madres organizan su vida alrededor de los cuidados especiales que prestan y de los hitos del desarrollo infantil a alcanzar y en ese tránsito, a menudo, se desdibuja o se abandona la vida laboral y la carrera profesional se enlentece. Ellas encarnan “el Estado del bienestar” para sus hijos convirtiéndose en cuidadoras polivalentes con habilidades de enfermería, fisioterapia, psicología, gestoras de servicios y un largo etcétera.

Las madres continuarán en la primera línea de cuidados hasta la escolarización y, en bastantes ocasiones, hasta la adolescencia del que fue un bebé prematuro y son las principales afectadas por las lagunas y los déficits de la atención sociosanitaria y educativa pública. Por ello, también han sido las impulsoras de una corriente de cambios a favor de que la circunstancia de la prematuridad no devenga una desventaja de por vida.

4. Necesidades de las madres de neonatos con bajo peso y/o prematuros.

La mayoría de las madres de neonatos prematuros, y también en muchos casos de neonatos con bajo peso al nacer, no disponen de suficiente tiempo de embarazo para llegar a madurar los preparativos de la crianza y para anticipar la futura planificación familiar. En las situaciones de embarazo múltiple que pueden desencadenar prematuridad, las madres acostumbran a disponer de más tiempo de embarazo y pueden aprovecharlo: a) para tomar contacto con asociaciones de familias que han pasado por las mismas circunstancias y están viviendo una crianza múltiple, b) para pensar y articular una red de apoyo práctico que cuente con la máxima corresponsabilidad posible de la pareja y de la familia, c) para conocer las ayudas sociales disponibles y planear como conciliar la vida laboral y familiar. El parto prematuro, en tanto que desenlace inesperado de un embarazo, provoca que todas las decisiones pendientes se agolpen y se tomen de forma urgente e improvisada en una situación traumática donde la vulnerabilidad y la dependencia de la madre y del neonato son máximas.

Los neonatos prematuros por debajo de las 35 semanas de gestación serán ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales más próxima para garantizar su supervivencia, apoyar su desarrollo y reducir las posibles secuelas. Los neonatos prematuros sufren una inmadurez anatómica y funcional de sus órganos y de sus sentidos por lo que su capacidad de adaptación a un ambiente extrauterino se encuentra muy limitada. Cuantas menos semanas de gestación más inmadurez presentarán los neonatos, siendo los principales problemas médicos, el alto riesgo de patología respiratoria, la inmadurez neurológica pues la cronología de desarrollo del sistema nervioso central es relativamente fija, los trastornos oftalmológicos ya que el nacimiento provoca una detención de la vascularización de la

retina, el riesgo de hipertensión arterial, la inmadurez gastrointestinal, la vulnerabilidad a las infecciones dado el insuficiente desarrollo del sistema inmunológico, las dificultades de autorregulación de la temperatura corporal que tiende a la hipotermia así como trastornos hematológicos y endocrinos.

En España, las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales públicas cumplen las firmes recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud acerca de la atención a los neonatos prematuros ofreciendo de forma sistemática:

- *Termoprotección en incubadora* y aplicando, cada vez en mayor medida, el contacto piel con piel con la madre y el padre que facilita la lactancia y la construcción de vínculos.
- *Vigilancia permanente* de las constantes cardiorespiratorias y metabólicas del neonato.
- *Administración parenteral* de líquidos y nutrientes y de la medicación específica que requiera el neonato.
- *Presión positiva de oxígeno* de forma continua en neonatos que presentan síndrome de distrés respiratorio.
- *Administración de surfactante* en neonatos con ventilación asistida.

Por otra parte, las Unidades de Obstetricia hospitalarias públicas cumplen las firmes recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para mejorar los resultados obstétricos cuando la mujer embarazada presenta signos de alerta de desencadenamiento de un parto prematuro, llevando a cabo las siguientes intervenciones médicas:

- Corticoterapia cuando se prevé bajo peso al nacer.

- Administración de sulfato de magnesio a efectos de prevenir complicaciones neurológicas.
- Administración de antibióticos cuando se produce rotura de membranas amnióticas antes de término.

España presenta de forma sostenida a lo largo del tiempo una mortalidad neonatal menor de 5 fallecidos por mil nacidos vivos así como una remarcable capacidad del sistema sanitario. Por ello y en línea con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, el sistema de salud se ha enfocado en mejorar la calidad del cuidado de los neonatos prematuros y/o de bajo peso para minimizar la discapacidad a largo plazo y en avanzar en la equidad del cuidado con objeto de llegar a todas las mujeres embarazadas residentes en el país.

Las inversiones principales se han realizado en el tratamiento hospitalario de los neonatos prematuros y/o con bajo peso produciéndose notables avances en el aumento de la supervivencia de estos bebés, aun cuando queda bastante recorrido por hacer en lo que se refiere a:

- Disponibilidad de suficientes servicios de psicología perinatal con iniciativa terapéutica.
- Progresar con compromiso y determinación en el modelo de cuidados centrado en el desarrollo infantil mediante el fomento efectivo de la participación activa de la madre y del padre en la atención al neonato durante el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
- Dar un impulso inversor para disminuir la inequidad territorial existente en el acceso a Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales públicas suficientemente equipadas y dotadas de personal cualificado.
- Realizar cambios organizativos imprescindibles para facilitar la coordinación de las visitas de seguimiento post-alta y designar un profesional de referencia o gestor de caso de cada niñ@.

La llegada al hogar y la crianza del bebé prematuro y/o de bajo peso entraña una elevada complejidad y conlleva, casi siempre, la retirada temporal de la madre de otras actividades de cuidado familiar y del mercado laboral. En este sentido, la realidad del mercado laboral en España respecto a las personas que necesitan disponer de más tiempo para cuidar a personas dependientes está estancada y es profundamente inequitativa para las mujeres. En la práctica, y con anterioridad a la pandemia por la COVID-19, más del 90% de l@s trabajador@s que reducían su jornada o preferían jornadas parciales para cuidar de sus hij@s y/o familiares eran mujeres. La percepción de las mujeres que optan por esta alternativa es la de que no existen suficientes servicios de apoyo y/o no pueden asumir el coste de los existentes. En cualquier caso, y a pesar del esfuerzo y la dedicación, una madre sola no podrá ofrecer a su hij@ prematur@ y/o de bajo peso los cuidados adecuados para un desarrollo infantil saludable y, a la par, mantener el autocuidado que requiere su propia salud personal. Por ello, sería necesario que tanto la pareja como el entorno familiar más próximo hicieran una inversión a largo plazo en corresponsabilidad en el cuidado.

La corresponsabilidad “pública” se articula a través de un conjunto de permisos laborales y subsidios por reducción de la jornada laboral que se añaden al permiso por maternidad y paternidad de dieciséis semanas para cada progenitor y al permiso de lactancia. Estos permisos laborales son disfrutados casi en igualdad de condiciones, por trabajador@s por cuenta ajena a tiempo completo o parcial, por trabajador@s autónom@s y también por funcionari@s públic@s. El período de las seis primeras semanas post-parto es obligatorio y no puede flexibilizarse, pero si a partir de esa fecha el neonato prematuro debe permanecer hospitalizado, el artículo 48.4 del Estatuto de los Trabajadores contempla que las diez semanas restantes de los permisos por maternidad y paternidad puedan empezar a computarse flexiblemente a partir del alta hospitalaria. Por otra parte, el artículo 37.5 del Estatuto de los Trabajadores prevé permisos especiales por nacimiento de hij@ prematur@ y/o con bajo peso hasta un máximo de trece semanas. Asimismo, uno de los progenitores, en el caso

de que ambos trabajen, puede acogerse al subsidio por cuidado de menores que padecen alguna enfermedad grave y precisan de atención directa, continua y permanente siempre mediante indicación médica expresa. Para acogerse a este subsidio es necesario reducir la jornada de trabajo por encima del 50% y se cobra proporcionalmente a la reducción. L@s bebes prematur@s o los que sufren cualquier otra complicación neonatológica grave están contemplados en dicho subsidio que se otorga por un período inicial de un mes y es prorrogable por períodos de dos meses mientras subsista la necesidad del cuidado continuo y permanente. Es importante señalar la existencia durante el período de hospitalización del bebé prematur@ de permisos retribuidos diarios de una hora y reducciones de jornada con la consiguiente disminución salarial de hasta dos horas al inicio o al final de la jornada laboral. En los casos de trabajadores por cuenta ajena o autónom@s que no hayan completado el periodo mínimo de cotización requerida por la Seguridad Social se les aplicará el denominado subsidio de naturaleza no contributiva que corresponde al 100% del IPREM (Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples) y a los progenitores que sean trabajador@s autónom@s se les bonificará individualmente el 100% de la cuota a la Seguridad Social durante los primeros doce meses.

La situación de sobrecarga y vulnerabilidad que genera la crianza del bebé prematuro y/o con bajo peso al nacer suscita un conjunto de preocupaciones, ansiedades e incertidumbres en la madre, en la pareja y en el entorno familiar que inciden en la calidad del vínculo con el propio bebé y con sus herman@s si existen. En consecuencia, es imprescindible contar con un acceso precoz a la atención temprana, también conocida como servicios de estimulación precoz, que optimiza el neurodesarrollo del niñ@ con objeto de alcanzar el mayor grado posible de habilitación de sus funciones básicas motoras, alimentarias, comunicativas y/o sociales. El reconocimiento como un derecho subjetivo de l@s niñ@s con trastornos del desarrollo, o riesgo de presentarlos, de acceso universal y gratuito a los servicios de atención temprana desde el nacimiento hasta los siete años de edad ha sido reiteradamente reclamado en España. La dotación actual de

recursos no está actualizada y se observa un déficit de coordinación de estos servicios con el conjunto del sistema de atención global a la infancia que, por otra parte, está poco integrado de tal forma que cada ámbito de servicios, sea sanitario, social y/o educativo, tiende a funcionar como un compartimento estanco.

Las asociaciones de padres y madres de niñ@s prematur@s han llevado a cabo en los últimos años una acción sostenida de influencia y reivindicación de la atención temprana como un servicio esencial a incluir en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. De hecho, el Congreso de los Diputados aprobó en 2017 un mandato político en esta línea que no ha sido implementado hasta la fecha. Mientras tanto, miles de niñ@s todavía alimentan las listas de espera o son dados de alta administrativamente al considerarse la solicitud de atención demasiado precoz lo que da lugar a que un elevado porcentaje de menores en situación de riesgo biológico ingresen en los servicios de atención temprana con una edad superior a dos años.

Las asociaciones de padres y madres de niñ@s prematur@s son comunidades de propósito que sostienen el objetivo compartido de impulsar el apoyo público para que l@s niñ@s y sus familias puedan desarrollar una vida digna en condiciones de igualdad, optimizar la salud de l@s menores, desarrollar sus potencialidades y lograr la integración y, a la vez, se centran en facilitar la vida cotidiana de las familias que afrontan la crianza de l@s niñ@s prematur@s y/o de bajo peso al nacer, ofreciendo:

- a) Puntos de encuentro para compartir e intercambiar opiniones y experiencias.
- b) Escuelas de madres y padres para la crianza de l@s niñ@s prematur@s.
- c) Orientación y apoyo, así como espacios para expresar sentimientos, preocupaciones y satisfacciones.
- d) Atención a procesos de duelo y necesidades de sueño y descanso.

- e) Información sobre legislación, ayudas y novedades que conciernen de forma directa a las familias que afrontan la crianza de l@s niñ@s prematur@s.
- f) Oportunidades de trabar amistades.
- g) Organización de salidas culturales y al aire libre.

Asimismo, las asociaciones de padres y madres de niñ@s prematur@s reivindican las siguientes iniciativas y acciones en los ámbitos sanitario, escolar, social y asociativo:

- Unidades de Neonatología abiertas 24 horas.
- Fomento de lactancia materna, donación y creación de más bancos de leche en todas las CCAA.
- Apoyo psicológico y formación a los progenitores antes del alta de la Unidad.
- Prolongar el seguimiento sanitario de los nacidos con <32 EG y/o con <1500 g. al menos hasta los 7 años y revisiones al inicio de la pubertad.
- Atención realmente temprana y de calidad y gratuita en todas las CCAA desde el ingreso hospitalario.
- Flexibilizar el acceso a la escolarización infantil en todas las CCAA.
- Recuperación de las buenas prácticas previas al escenario Covid19.
- Fomentar la colaboración con las asociaciones y difundir su labor entre las familias.

Las familias, y especialmente las madres, de niñ@s prematur@s y/o de bajo peso, para las que la prematuridad ha supuesto una carrera de obstáculos y de resistencia, no se permiten desligar el futuro al que aspiran de su forma de conducirse en el presente pues l@s niñ@s les enseñan y les anclan en la vida del día a día. Ell@s son quienes atesoran el conocimiento tácito que obtienen de sus experiencias de crianza compleja en diferentes contextos,

circunstancias y etapas del desarrollo de sus hij@s. Desde ese fértil terreno conectado a la realidad vivida es de donde surge la fortaleza de las asociaciones y la mayor parte de propuestas innovadoras para una mejora de la atención temprana, de la escolarización, de la movilidad, de las ayudas públicas y, en definitiva, de la socialización de los menores.

Las familias con niñ@s prematur@s y/o bajo peso ponen a prueba diariamente su capacidad de adaptación a las necesidades y los cambios de sus hij@s y, por eso, no renuncian a proyectarse hacia el futuro, a trascender el presente inmediato y a hacer circular propuestas bien fundamentadas como es el caso del inicio de la escolarización obligatoria sobre la edad corregida y no sobre la edad cronológica de los menores. La asociación de padres y madres de niñ@s prematur@s de Madrid (APREM) impulsó en 2018 una proposición no de ley en este sentido que puso de manifiesto como una medida de este tipo podía ser más respetuosa con el desarrollo evolutivo de los menores y, a la vez, reducir costes públicos.

El nacimiento prematuro y/o el bajo peso al nacer no es totalmente azaroso pues es más prevalente entre las mujeres y las familias socialmente desfavorecidas. Estas familias tienen un menor acceso a los permisos y subsidios derivados de la inserción en el mercado laboral, no están al tanto de los recursos sociales y de apoyo educativo y encuentran más obstáculos familiares para llevar adelante la crianza. Por todo ello, uno de los grandes retos equitativos es conseguir ponerlas en contacto y atraerlas hacia las asociaciones de padres y madres de niñ@s prematur@s donde recibirán el asesoramiento y la orientación que necesitan y merecen.

Desde un enfoque de salud pública, la reducción de nacimientos prematuros y de desenlaces negativos del embarazo es una prioridad de salud reproductiva y materno-infantil por lo que debería trabajarse de forma multiangular la promoción de las condiciones sociales y sanitarias para una maternidad saludable. La meta de invertir en mejorar las competencias y el desempeño de l@s profesionales sanitari@s y de evaluar

sistemáticamente la calidad de la atención prenatal prestada a las embarazadas con mayor riesgo de parto prematuro está al alcance del sistema sanitario público en España. Asimismo, es necesario aplicar los avances médicos que se han venido produciendo en el ámbito de la reproducción asistida. Hoy se admite que la transferencia de un único embrión a la potencial gestante no reduce las posibilidades de embarazo y supone la prevención primaria del embarazo múltiple inducido por las técnicas de reproducción asistida.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

Las propuestas a **corto plazo** para asegurar la prevención y la reducción de nacimientos prematuros y/o de bajo peso al nacer, disminuir las secuelas en los bebés prematuros, facilitar el desarrollo de sus potencialidades y lograr su integración en igualdad son aquellas que reúnen condiciones de factibilidad, bajo coste, optimización de recursos ya existentes y aceptación o reivindicación por parte de las familias con hij@s prematur@s y/o de bajo peso al nacer. Entre ellas cabe destacar las siguientes:

- Impulsar acciones públicas que fomenten la captación de las mujeres embarazadas pertenecientes a colectivos socialmente desfavorecidos a la atención prenatal temprana ofrecida por los servicios sanitarios.
- Protocolizar la atención temprana prenatal integral que la evidencia científica establece para las mujeres embarazadas que presentan alguno de los factores de riesgo que inducen prematuridades y/o bajo peso al nacer descritos en las páginas 11 y 12 de este Informe.
- Incluir en los protocolos de la atención prenatal la detección activa de la violencia de pareja y en los casos conocidos o con signos de sospecha redoblar el acompañamiento y la orientación para favorecer una disminución del estrés, una nutrición correcta y la abstención de hábitos tóxicos como el consumo de tabaco si los hubiera. Asimismo, conectar a estas mujeres embarazadas con los servicios psicológicos y sociales de cara a prevenir la probable depresión post-parto.
- Acompañar los cambios y los protocolos de la atención prenatal temprana con formación continua actualizada para todos l@s profesionales de salud materno-infantil y evaluar el desempeño real de los equipos.

- En caso de que aparezcan signos de alerta de desencadenamiento de parto prematuro actuar de forma rápida y homogénea en todos los servicios de obstetricia de tal modo que se asegure una intervención médica eficaz para mejorar los resultados obstétricos (ver páginas 17-18) y seguir las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud acerca de valorar cuidadosamente el tipo de parto óptimo no recurriendo por defecto a la cesárea a efectos de mejorar los resultados de salud del neonato.
- Siempre que se prevea un parto prematuro y/o un neonato con bajo peso al nacer, la madre y el padre deberían disponer de un apoyo psicológico perinatal para potenciar los recursos de resiliencia familiares y contar con la colaboración de madres y padres con experiencia de crianza en prematuridad vinculados a las asociaciones de padres y madres de niñ@s prematur@s, tal y como reivindican las asociaciones de padres y madres con niñ@s prematur@s.
- Dar un impulso organizativo y cultural de carácter general para que las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales se conviertan en entornos cada vez más permeables a la presencia continua de las madres y los padres, tal y como reivindican las asociaciones de padres y madres con niñ@s prematur@s: a) generalizando la accesibilidad durante 24 horas, b) fomentando la lactancia materna, donación y creación de bancos de leche, c) promoviendo la realización de escuelas de madres y padres intrahospitalarias, d) favoreciendo, siempre que sea posible, el alta precoz de los neonatos y e) estableciendo un funcionamiento que facilite a las madres y los padres la asunción de la mayor parte de las rutinas de atención diaria al neonato con excepción de las intervenciones y decisiones estrictamente médicas.
- La implantación de un modelo de cuidados centrado en el desarrollo infantil y en la familia implica proporcionar información específica a las familias sobre el proceso de seguimiento del neonato antes de recibir el alta de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales que incluya el conocimiento del recurso que suponen las asociaciones de padres y madres con niñ@s prematur@s. Asimismo, durante la etapa

de seguimiento del neonato posterior al alta hospitalaria, los servicios de neonatología y los hospitales en su conjunto deberían establecer mejoras organizativas que permitieran a las familias compactar en un solo día la programación de las visitas y las pruebas necesarias.

- Prevenir y tratar precozmente y de forma proactiva la depresión post-parto de las madres ofreciendo por parte de los servicios sanitarios atención psicológica a los procesos de duelo perinatal de cualquier índole.
- Incluir la atención temprana como un servicio esencial en la cartera de prestaciones comunes del Sistema Nacional de Salud con efectos prácticos que faciliten la actualización de la dotación de recursos a la demanda real con suficiencia y calidad, tal y como reivindican las asociaciones de padres y madres con niñ@s prematur@s.
- Incluir a las familias con hij@s prematur@s y/o de bajo peso al nacer en la futura Ley de diversidad familiar con objeto de que puedan disfrutar de beneficios sociales amplios y dotar de seguridad jurídica el derecho de las mujeres y de las familias a tomar decisiones informadas, participar activamente en los procesos de atención durante los ingresos hospitalarios, a lo largo de la atención temprana y al inicio y durante la escolarización de l@s niñ@s prematur@s.
- Reconocer el bien público que supone la existencia y la labor desarrollada por las asociaciones de padres y madres con niñ@s prematur@s fomentando la cofinanciación pública de sus iniciativas y programas así como allanando la cooperación con los servicios sanitarios públicos y con los equipos multidisciplinares en atención temprana.
- Establecer normativamente el inicio de la escolarización de l@s niñ@s prematur@s y/o con bajo peso al nacer de conformidad a la edad corregida, esto es, de acuerdo con el mes y el año en que estaba previsto el nacimiento contando siempre con una valoración psicopedagógica y la solicitud de los progenitores, tal y como reivindican las asociaciones de padres y madres con niñ@s prematur@s.

- Recuperar y mantener todas las buenas prácticas previas a la pandemia por la COVID-19, tal y como reivindican las asociaciones de padres y madres con niñ@s prematur@s.

Las propuestas a **medio plazo** para prevenir el incremento de nacimientos prematuros y/o de bajo peso al nacer, disminuir las secuelas en los bebés y l@s niñ@s prematur@s, facilitar el desarrollo de sus potencialidades y lograr su integración en igualdad así como promover el retorno normalizado de los progenitores, y especialmente de las madres, al mercado laboral son aquellas que precisan de un impulso sostenido y un fuerte liderazgo, que suponen procesos de coordinación institucional y que necesitan de sinergias intersectoriales y colaboración interdisciplinar. Entre ellas cabe destacar las siguientes:

- Establecer y divulgar públicamente un protocolo ético y responsable en el campo de la reproducción asistida que priorice como primera opción la transferencia de un único embrión a la potencial gestante previniendo así de forma primaria el embarazo múltiple que es una de las circunstancias relevantes que contribuyen a la prematuridad y a su incremento.
- Promover una acción constante de sensibilización de la opinión pública para reducir a mínimos el hábito tabáquico entre las mujeres informando de forma rigurosa sobre el impacto del consumo de tabaco en la salud reproductiva y, en concreto, en el riesgo de prematuridad. Incorporar al consejo preconcepcional en atención primaria de salud y a la atención prenatal el consejo y el apoyo proactivo para la deshabituación tabáquica.
- En el momento del alta de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, de forma generalizada y protocolizada, debe concertarse una valoración multidisciplinar del neonato prematuro que establezca un plan personalizado de rehabilitación y estimulación motora-sensorial precoz.

- Debater y aprobar un Plan Transversal en Atención Temprana y Desarrollo Infantil con la participación multidisciplinar de profesionales y de asociaciones de padres y madres de niñ@s prematur@s que establezca, de acuerdo con la evidencia científica internacional, el periodo de seguimiento médico y multidisciplinar más adecuado para l@s niñ@s con antecedentes de prematuridad especificando las edades en que deben realizarse las revisiones globales. El periodo de seguimiento debería superar el límite actual de los seis años de edad alcanzando hasta el inicio de la pubertad, especialmente en el caso de l@s niñ@s nacid@s con menos de 32 semanas de edad gestacional y/o con menos de 1.500 gr. de peso tal y como reivindican las asociaciones de padres y madres de niñ@s prematur@s.
- En el marco del Plan Transversal en Atención Temprana y Desarrollo Infantil instaurar preceptivamente la figura profesional del gestor/a de caso con plenas atribuciones para coordinar y facilitar el seguimiento médico y multidisciplinar del niñ@ con antecedentes de prematuridad.
- Implementar programas e iniciativas sobre los enfoques y los tratamientos más eficaces de la prematuridad, orientados a médic@s de familia y pediatras de la atención primaria de salud.
- Apoyándose en el liderazgo de las familias de padres y madres con niñ@s prematur@s promover iniciativas, proyectos y programas en colaboración con las empresas para amortiguar la presión del entorno laboral sobre las mujeres embarazadas con riesgo de prematuridad y sobre las madres de niñ@s prematur@s con objeto de que no se desaproveche su talento y se reduzca el efecto de retirada del mercado laboral.
- Apoyándose en el liderazgo de las familias de padres y madres con niñ@s prematur@s promover iniciativas, proyectos y programas en colaboración con centros de formación ocupacional y organizaciones de inserción laboral para favorecer el retorno y la reinserción en el mercado laboral de las madres que han afrontado la crianza de l@s niñ@s prematur@s.

6. Referencias Bibliográficas.

- Asociación de Padres de Niños Prematuros (APREM).
<http://aprem-e.org/>
- Asociación El Parto es Nuestro (2013) “Informe sobre la accesibilidad de madres y padres a las Unidades Neonatales y el cumplimiento de los derechos de los bebés ingresados”. Madrid, El Parto es Nuestro.
https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/blog/20130212UCINfinal/unidos_en_neonatos_informe_2013.pdf
- Cabrerizo de Diago, R.; López Pisón, P.; Navarro Callan, I. (coord) et al (2013) “La realidad actual de la atención temprana en España” (2ª edición) Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
https://www.siis.net/docs/ficheros/doc_atencion_temprana_2013.pdf
- Confederación Española de Organizaciones a favor de las personas con discapacidad intelectual FEAPS (2001) “Manual de buenas prácticas en atención temprana”. Madrid, FEAPS.
https://webs.um.es/fags/atenciontemprana/documentos/comunes/manual_buenas_practicas_at_feaps_2001.pdf
- Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad.
<https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Convención Internacional sobre los derechos de los niños.
<https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana.
<http://gat-atenciontemprana.org/>

- Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, GAT (2000) “Libro blanco de la atención temprana” (2ª edición) Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
https://www.siiis.net/docs/ficheros/200510100001_24_0.pdf
- Gómez Cerdán, MC; Carmona Paredes, R. (2017) “Guía Jurídica de Lactancia”. Asociación La Mana d’Elx.
<https://elblogdelamamadelx.files.wordpress.com/2020/12/guia-juridica-de-lactancia-2020-isbn-definitiva.pdf>
- Gómez Esteban, C.; Martín Carballo, M.; Vicente Olmo, A. (2012) “Dificultades biosociales de la gran prematuridad”. Ver en <http://aprem-e.org/>.
- Gómez Esteban, Concepción (2014) “Asociaciones de padres y seguimiento multidisciplinar de la gran prematuridad”. Revista Española de Discapacidad, 2 (1): 201-2013.
- Gómez Marcos, I.; Martín Jiménez, B.; Muños Rodrigo, E. (2021) “Permisos y prestaciones por nacimiento prematuro”. Informe en colaboración entre las clínicas jurídicas de la Universidad de Alcalá y de la Universidad de Valencia, la Fundación Pro Bono España, OLA Piper y APREM. Ver en <http://aprem-e.org/>
- Méndez M, E. (2018) “Desarrollo de un Modelo de Prevención, Atención y Protección a la Maternidad Vulnerable”. ASOCIACIÓN SALUD Y FAMILIA.
<https://saludyfamilia.es/sites/default/files/Informe%20Maternidad%20Vulnerables%202018.pdf>
- OMS (2012) Nacidos demasiado pronto. Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros.
https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/born-too-soon_exec_sum_es.pdf?ua=1

- OMS (2015) Intervenciones para mejorar los resultados del parto prematuro.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204623/WHO_RH_R_15.22_spa.pdf?sequence=1
- Ordás Santotomás, Juan (2016) “Se recomienda evitar los embarazos múltiples”
<https://www.reproduccionasistida.org/se-recomienda-evitar-los-embarazos-multiples/>
- Pérez de la Blanca, Enrique (2017) “Si no lo deseas, puedes evitar el embarazo múltiple o gemelar”.
<https://www.quironsalud.es/reproduccionasistida/es/blog/deseas-puedes-evitar-embarazo-multiple-gemelar>
- Sociedad Marcé Española para la Salud Mental Perinatal (MARES).
<https://www.sociedadmarce.org/>.
- Sociedad Española de Neonatología. <https://www.seneo.es/>.

7. Declaración de autoría.

La Dra. Elvira Méndez Méndez, médica especialista en medicina preventiva y salud pública es la autora de este Informe y responsable de su orientación, contenidos y fuentes utilizadas.

Este Informe ha sido un encargo de la Asociación Salud y Familia en el marco del programa *MATERNIDADES VULNERABLES* y en su producción han sido relevantes las aportaciones de las señoras Amaia Echevarría Merino, Concepción Gómez Esteban, Ascension Iglesias Redondo, Mónica Jiménez Astudillo y de la doctora M^a Ángeles Ruiz-Tagle Morales.

El Programa *MATERNIDADES VULNERABLES* ha sido financiado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, convocatoria de subvenciones 2019 para la realización de actividades de interés general con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.



Associació Asociación
SALUD y FAMILIA

Noviembre 2020. Barcelona.

Composición de Portada: Pere Anglada.

Diseño y maquetación: Carolina Herrera.

Esta obra está sujeta a la licencia de Reconocimiento – NoComercial-SinObraDerivada- 3.0 Unported de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visitar: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

