



Plan de Educación para la Salud para embarazadas adolescentes desde Atención Primaria

Trabajo de fin de grado

Elena Asenjo Cruz

Tutor: Dámaso Rodríguez Serrano

Grado de Enfermería 2011-2015

Convocatoria: Junio 2015

Índice

1. Resumen	5
2. Palabras clave	5
3. Abstract	6
4. Key words.....	6
5. Introducción	7
5.1. Cambios fisiológicos	8
5.2. Cambios psicológicos y sociales.....	9
5.3. Salud sexual y reproductiva	10
5.4. Relaciones sexuales y métodos anticonceptivos	12
5.5. Mayoría de edad	17
5.6. Embarazo de riesgo	19
5.6.1. Factores predisponentes al embarazo adolescente	22
5.6.2. Factores causantes del embarazo adolescente.....	22
5.7. Salud materno-fetal.....	23
6. Marco teórico	27
6.1. Situación mundial actual de embarazos entre 15 y 19 años	27
6.2. Maternidad adolescente en España	29
6.3. Aborto.....	29
6.3.1. Interrupciones voluntarias del embarazo (I.V.E.).....	30
6.3.2. Datos sobre I.V.E.	31
6.4. Embarazo en adolescencia.....	34
6.4.1. Problemas prenatales	35
6.4.2. Problemas psicológicos.....	36
6.4.3. Problemas sociales	38
6.5. Recursos sociales	39
6.6. Desde el punto de vista sanitario cómo nos afecta.....	42
7. Proyecto de salud: “Mamá primeriza”	45
7.1. Justificación	45
7.2. Descripción del proyecto.....	45
7.2.1. Población diana	46

7.2.2. Objetivo general.....	46
7.2.3. Objetivos específicos	46
7.3. Metodología.....	46
7.3.1. Sesiones.....	47
7.3.2. Sesión 1: Mi primera vez	47
7.3.3. Sesión 2: Cuídate	48
7.3.4. Sesión 3: ¡Ya llega!.....	49
7.3.5. Sesión 4: Bienvenida a la maternidad	51
7.3.6. Sesión 5: Mi bebé.....	53
7.4. Sistema de evaluación	54
8. Conclusiones y prospectiva	56
9. Reflexión antropológica	58
10. Anexos.....	60
10.1. Folleto “Cuídate”	60
10.2. Folleto “Niño sano”	61
10.3. Cuestionario final	62
11. Bibliografía.....	66

1. Resumen

Objetivo: Conocer la situación sanitaria, social y psicológica de las futuras madres adolescentes.

El desarrollo del proyecto se ha llevado a cabo tras una revisión bibliográfica sobre el estado pasado y actual de la cuestión, y sobre los problemas clínicos, psicológicos y sociales que conllevan esta situación. Es importante establecer una actuación desde Atención Primaria, y sobre todo, desde una prevención secundaria y terciaria dirigida a adolescentes embarazadas, ya que se considera un grupo de riesgo a nivel biopsicosocial.

El proyecto de Educación para la Salud (EPS) irá encaminado a fomentar el uso de la Atención Primaria por parte de las jóvenes gestantes para que realicen: un buen control prenatal, control postparto y un buen control pediátrico para su futuro hijo. Con el proyecto fomentaremos la maternidad en ellas y estableceremos una confianza más personal para poder abordar sus preocupaciones desde la atención enfermera.

2. Palabras clave

Adolescentes, embarazo, prevención secundaria y terciaria.

3. Abstract

Getting to know the social and psychological health situation of the teenage mothers to be.

The Project development has taken place after a bibliographic review, regarding the past and present situation, as well as the clinical, psychological and social problems, that involve this matter.

It is essential to establish a Prevention not just at Primary Care, but particularly at Secondary and Tertiary Care, addressed to pregnant teenagers, since they are considered to be a risk group on a biopsychosocial level.

The Health Education Project is addressed to promote the use of Primary Care, by the young pregnant women, so that they have a proper pre-birth and post-birth control, as well as a proper pediatric one, for their future child.

With this project we will promote their motherhood feeling, and we will strengthen their personal confidence, in order to face their worries at the nurse practice.

4.Key words

Adolescents, pregnancy, secondary and tertiary prevention.

5. Introducción

La OMS define como adolescencia al “*periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológico de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica*” y fija sus extremos en 10 y 20 años. Actualmente, los adolescentes se encuentran en un estado biopsicosocial en dónde el riesgo y las consecuencias toman un segundo plano a su vida. Quiero destacar la era de la tecnología que estamos viviendo que facilita a los jóvenes el contacto con mayor número de personas y el acceso cierta información (pornografía) desde edades más tempranas¹. La posibilidad de vivir ciertas circunstancias y situaciones hacen que puedan llegar a mantener relaciones sexuales más tempranas. Si a esta situación de *libre albedrío* se le suma un uso inadecuado de anticonceptivos, puede conducirse hacia un embarazo inesperado. El riesgo de embarazo a estas edades constituye un problema de salud actual.

La adolescencia es una etapa de tránsito entre la niñez y la edad adulta. Durante ella, se producen una serie de cambios fisiológicos y psicológicos que van formando y desarrollando a la futura persona adulta. Cuando hablamos de la adolescencia podemos distinguir tres etapas diferentes:

- **Pubertad o Pre-adolescencia:** entre los 10 y 13 años. Durante estos años, sobre todo las mujeres, pasan por una serie de cambios tanto corporales como psicológicos que van a ir determinando su vida sexual y social. Entre estos cambios destaca la menarquia y la necesidad de pertenecer a un grupo social determinado.
- **Adolescencia media:** entre los 14 y 16 años. En esta etapa las mujeres empiezan a manifestar sus emociones y sentimientos de manera descontrolada. La autoimagen adquiere un papel importante en sus vidas. El pertenecer a un grupo social determinado es algo esencial, que afecta de una forma característica a estas edades. En estas edad es cuando tienen un primer contacto tanto en el consumo de alcohol y otras drogas como el inicio de las primeras relaciones sexuales.

¹Labay Matías M, L. G. (2011). Internet, sexo y adolescentes: una nueva realidad. encuesta a jóvenes universitarios españoles. *Revista pediátrica Atención Primaria*, 13:225-32.

- **Adolescencia tardía:** entre los 17 y 19 años. Lo más destacado de estos años es la búsqueda de identidad y de libertad que experimentan tanto las mujeres como los hombres.

5.1. Cambios fisiológicos


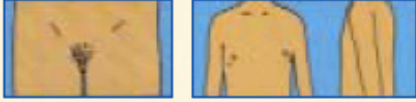

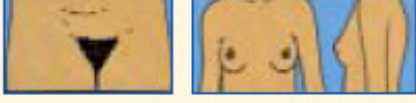

Los cambios fisiológicos se deben principalmente a la actividad hormonal que presentan las mujeres durante esta etapa. La pubertad se caracteriza por ser el periodo en el cual los ovarios segregan hormonas sexuales, principalmente estradiol, estrógenos y andrógenos que influye e estimula el crecimiento de los genitales y la aparición de los caracteres sexuales secundarios². El desarrollo físico es el principal promotor y desencadenante de aspectos sociales y psicológicos.

Gracias al control pediátrico y al uso de escalas, entre ellas la escala de Tanner, nos permite valorar el desarrollo puberal que experimentan las chicas durante el crecimiento. Es importante abordar temas de anticoncepción y sexualidad a partir de los 12 años para poder prevenir los embarazos no deseados (END).

La escala de Tanner diferencia entre el desarrollo del pecho y genital desde estadio 1 hasta estadio 5.

²Dolores Ruíz M, R. M. (2003). *Enfermería de la mujer*. DAE, S.L.

Figura 2. Escalas de Tanner en niñas.

	Estadio 1. Pecho infantil, no vello púbico.
	Estadio 2. Botón mamario, vello púbico no rizado escaso, en labios mayores.
	Estadio 3. Aumento y elevación de pecho y areola. Vello rizado, basto y oscuro sobre pubis.
	Estadio 4. Areola y pezón sobreelevado sobre mama. Vello púbico tipo adulto no sobre muslos.
	Estadio 5. Pecho adulto, areola no sobreelevada. Vello adulto zona medial muslo.

Tomado de Tanner 1962.

La aparición de la menarquia suele ser entre los 12 y 16 años, siendo la edad promedio entre 12 y 13. Los factores que afectan al comienzo son, sobre todo, el peso y la nutrición.

5.2. Cambios psicológicos y sociales

El cambio durante esta etapa también hace referencia a los cambios cognoscitivos y socio-emocionales. Según (Piaget, 2005), durante esta etapa, *el adolescente logra la abstracción de conocimientos concretos que le permiten emplear el razonamiento lógico, inductivo y deductivo*. El adolescente comienza a ser un ser más social y comienza la búsqueda de la identidad personal.

Los adolescentes tienen una aguda conciencia de los cambios que tienen lugar en su cuerpo. Muchos, se tornan ansiosos acerca de si tienen la forma o tamaño “correctos” y se comparan con modelos y actores. Los resultados de un estudio sobre la relación entre

la imagen corporal y auto concepto físico en mujeres adolescentes destacan la importancia entre ellas de forma decisiva para la formación del auto concepto general³.

Comienzan a consolidarse las relaciones sociales entre el mismo género que más tarde terminarían siendo grupos mixtos. A partir de los 16-19 años tienen relaciones de noviazgos más duraderas. El grupo social alcanzan un valor importante en la realidad de todo adolescente. Además, mientras buscan su propia identidad, luchan por la independencia en sus vidas. Muchas relaciones de padres e hijos adolescentes se encuentran estancadas y distantes surgiendo los primeros conflictos intrafamiliares⁴.

Los cambios físicos, intelectuales y sociales suscitan una “crisis” de identidad que se desarrolla en tres aspectos: identidad sexual, vocacional e ideológica.

La identidad sexual exige una buena concepción del rol sexual y una cierta comprensión de la propia sexualidad, en donde tendrán que reconocer y aceptar su nuevo cuerpo sexuado y su imagen corporal. Durante la adolescencia, especifican su orientación del deseo sexual ya que es cuando comienzan a iniciar determinados comportamientos y prácticas sexuales, como el primer contacto coital.

Los psicólogos solían creer que los inicios de la atracción sexual y el deseo en los jóvenes coincidían con los cambios físicos de la pubertad, pero la investigación reciente cree que la causa podría ser el incremento en una hormona sexual suprarrenal que empieza a segregarse a los seis años y alcanzan nivel crítico alrededor de los 10 años⁵.

5.3. Salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva es un componente esencial en todas las personas a lo largo de su vida. Durante la adolescencia adquiere unas connotaciones especiales por ser, generalmente, el inicio de la vida sexual.

³Juan Gregorio Fernandez Bustos, I. G. (2014). Relación ente imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*.

⁴Morris Charles G, M. A. (2005). *Psicología*. México: Pearson Educación

⁵Morris Charles G, M. A. (2005). *Psicología*. México: Pearson Educación

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), (Naciones Unidas, 1994) la salud reproductiva se definió como: *“estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos y que den a las parejas máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”*

La sexualidad de los adolescentes empieza a configurarse desde la infancia. La conformación de la identidad sexual viene influenciada por el medio social y familiar de los jóvenes. Las relaciones interpersonales con el sexo opuesto adquieren gran importancia. A estas edades comienzan con las “salidas sociales” entre chicos y chicas dónde comienzan a experimentar emociones y sentimientos relacionados con la sexualidad.

Las características relacionadas con su desarrollo biológico y social hacen que los adolescentes tengan mayor predisposición a adoptar comportamientos de riesgo. Estas características son⁶:

⁶Dolores Ruíz M^a, R. M. (2003). *Enfermería del niño y adolescente*. DAE, S.L.

- Modificaciones corporales: la aparición de los rasgos sexuales secundarios fomenta la autoexploración de la propia sexualidad y colabora con la búsqueda de identidad sexual que experimentan los adolescentes.
- Necesidad de experimentación: la experimentación sexual se convierte en algo prohibido y exclusivo de gente adulta que acaba siendo algo atractivo para los jóvenes.
- Sociedad de la comunicación: Vivimos en una sociedad en dónde existe otro modo de conocer y relacionarse con la gente. Este modo es a través de las Redes Sociales que favorecen el contacto entre individuos. Actualmente la mayor fuente de información, internet, se encuentra a manos de miles de personas.
- Apetencia por el riesgo: existe cierta sobreestimación de la invulnerabilidad, que hace crear un pensamiento al joven de inmunidad ante ciertas situaciones. Por este motivo muchos de ellos no asumen el riesgo de embarazo ante una relación sin protección.
- Importancia del grupo de iguales: la importancia de pertenecer a un grupo social puede producir un alejamiento familiar. Las decisiones suelen ser tomadas por múltiples interacciones sociales.
- Actuaciones en función de estereotipos: muchas veces intentan buscar justificación ante una cierta conducta en relación a una determinada categorización social.

5.4.Relaciones sexuales y métodos anticonceptivos

El Observatorio de Salud de la Mujer (OSM) ha llevado a cabo una encuesta nacional sobre la Salud Sexual dirigida tanto para hombre como para mujeres. Define como “relaciones sexuales” *“... al conjunto de prácticas que realizan dos o más personas de igual o diferente sexo, con la finalidad de obtener placer sexual, que no tiene por qué incluir el coito, ni concluir con el organismo”*⁷.

Esta encuesta fue realizada a 9.859 personas escogidas aleatoriamente entre las 52 provincias. Los resultados se obtuvieron mediante una entrevista personal de

⁷Encuesta Nacional sobre Salud Sexual. (2009). Obtenido de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

participantes mayores de 16 años. La encuesta se divide en una serie de bloques que abarca: experiencias sexuales, opciones , motivaciones y sentimientos ante las relaciones, información sobre salud sexual y búsqueda de ayuda y atención sanitaria.

Los resultados que quiero destacar como precedente a mi proyecto, se basan en el inicio de las relaciones sexuales, el método conceptivo más utilizado y, sobre todo, al uso de los participantes en cuanto a la atención sanitaria.

P10. Entre las siguientes prácticas que aparecen a continuación, ¿podría decirme cuales realizo en su primera relación sexual?

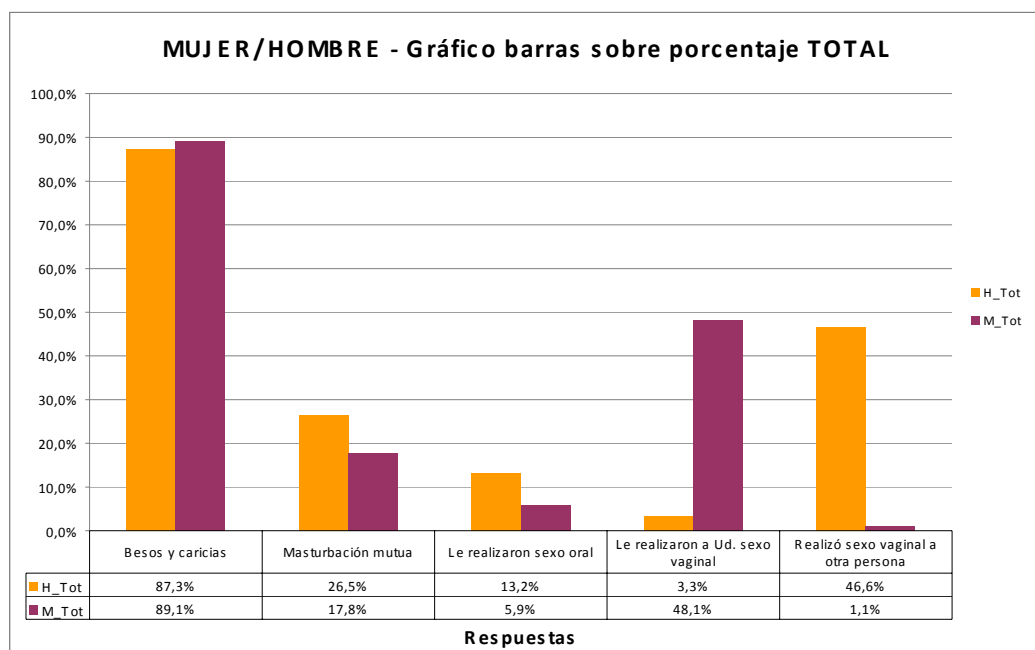


Tabla 1. Comienzo y tipo de relaciones sexuales

Aunque la mayoría de las respuesta de ambos sexos, el 87,3% de los hombres y el 89,1% de mujeres, comenzaron sus relaciones con besos y caricias.; casi la mitad, el 46,6% de los hombres y el 48,1% delas mujeres, practicaron sexo vaginal.

P11. ¿Qué edad tenía usted aproximadamente cuando tuvo esta primera relación sexual?

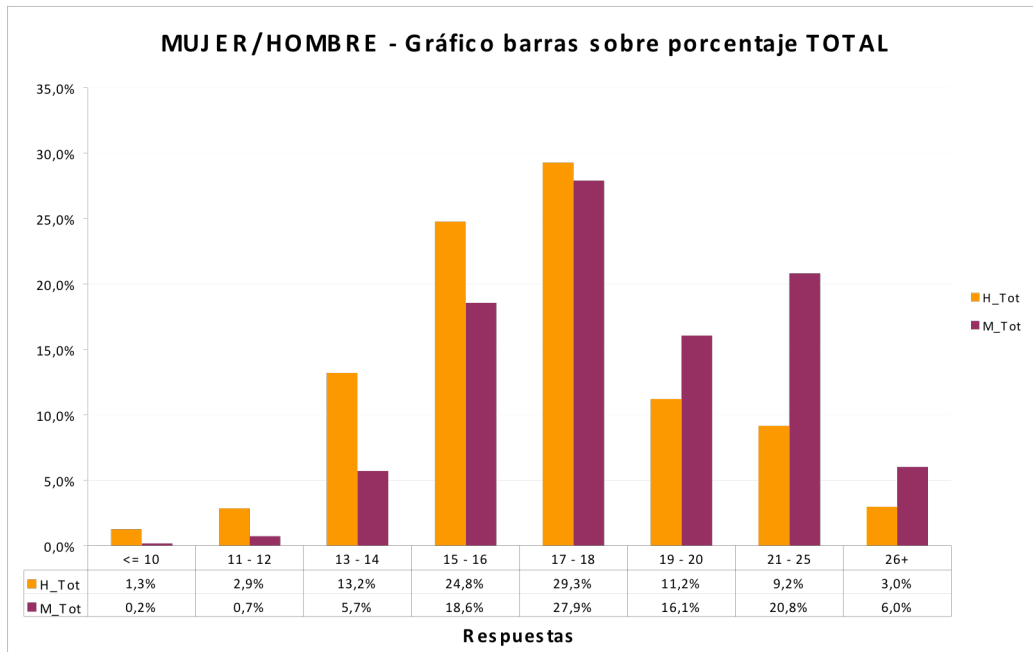


Tabla 2. Edad medio de inicio de relación sexual

La mayoría de los hombres inician las relaciones más temprano que las mujeres. La edad media de inicio es entre 17 y 18 años para ambos sexos. Aun así, quiero destacar los porcentajes de los años anteriores ya que hay participantes que las iniciaron más temprano.

En cuanto a los métodos anticonceptivos la encuesta refleja una similitud a otros artículos revisados, siendo el preservativo el más utilizado entre los jóvenes. Según un artículo sobre la satisfacción sexual y actitud hacia el preservativo la mayoría de los encuestados tiene actitudes positivas hacia el uso del preservativo y lo asocian con un menor riesgo sexual. Sin embargo refleja resultados menos positivos hacia su correcto uso ya que, sobre todo varones, afirman tener menor placer si lo usan⁸.

⁸Inmaculada Teva, Maria Paz Bermúdez, Maria Teresa Ramiro. (2014). Satisfacción sexual y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes: evaluación y análisis de su relación con el uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*.

Aun así existe otro método que predomina sobre el género femenino. Se trata de los anticonceptivos hormonales. Según un estudio sobre anticoncepción y sexualidad en la adolescencia más del 90% de las 120 adolescentes encuestadas, usan estos métodos⁹.

En el último bloque hace referencia a la búsqueda de ayuda y atención sanitaria, este podría ser el que más me interese para poder adecuar las necesidades actuales de la población relacionadas con este tema.

P43a. ¿Cuándo se ha sentido preocupado/a por su vida sexual?

Aunque la gran mayoría de los participantes dijera que nunca habían estado preocupados por su vida sexual, de los que dijeron que sí el porcentaje más alto y más reciente lo tenían los adolescentes. Si en la mayor preocupación de las mujeres, el embarazo.

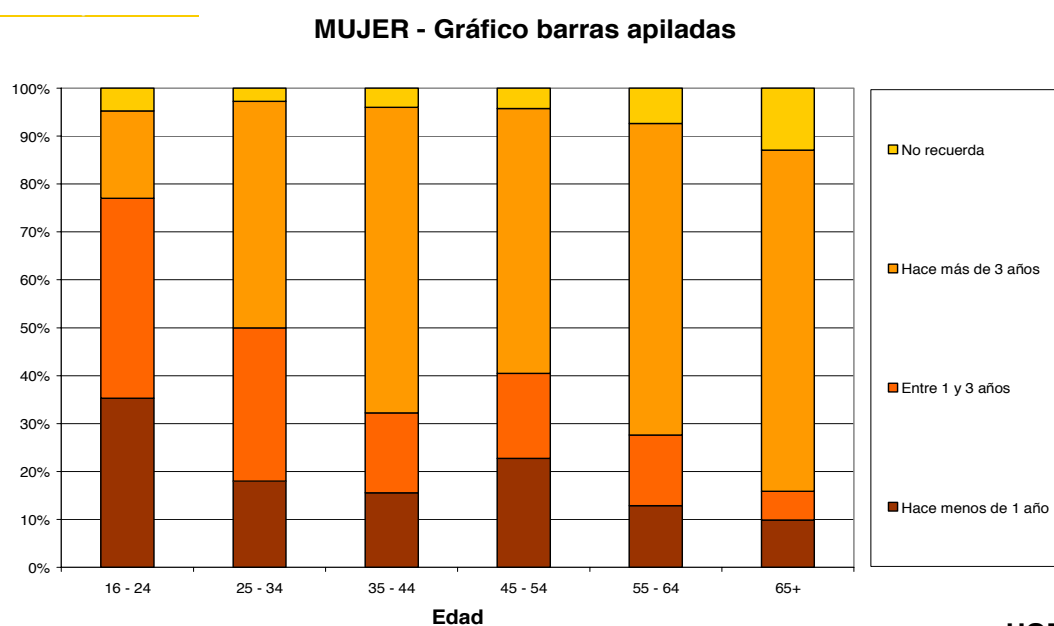


Tabla 3. Preocupación por vida sexual. Mujeres

⁹E. Muños Gálligo, I. Mattos Guillén, B. Peramo Moya. Departamento de ginecología y Obstetrica. Hospital Universitario Doce de Octubre. (1999). Anticoncepcion y sexualidad en la adolescencia. *Toko- Ginecología Práctica*.

HOMBRE - Gráfico barras apiladas

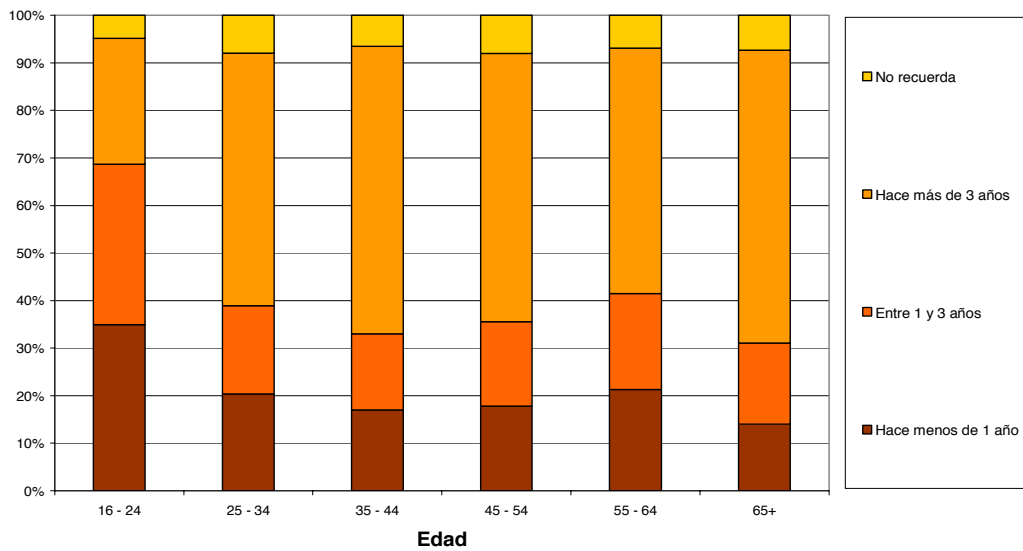


Tabla 4. Preocupación por vida sexual. Hombres

La gran mayoría de ellos acudieron a profesionales sanitarios y sobre todo, a los de los centros de salud. Se refleja el papel importante que tiene la Atención Primaria a la hora de prevenir, promocionar y rehabilitar a la toda la población.

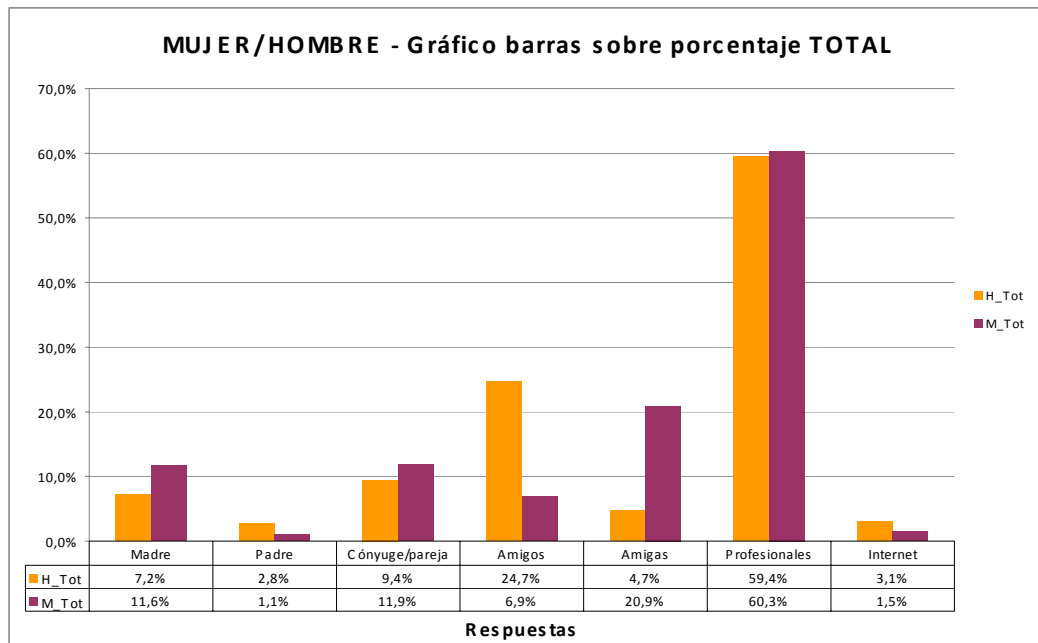


Tabla 5. A quién acudieron ante las preocupaciones

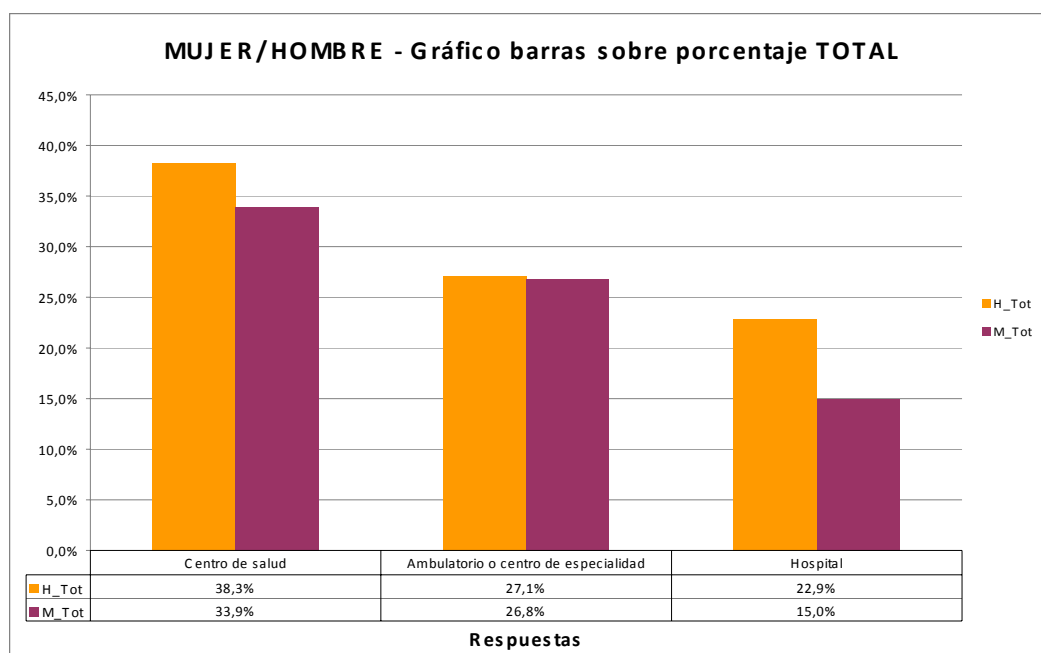


Tabla 6. Dónde acudieron ante las preocupaciones

No debemos olvidar a los grupos de minorías étnicas residente en España. Actualmente más del 11,4% de la población es inmigrante. En un análisis publicado en el 2010 sobre la conducta sexual entre adolescentes autóctonos e inmigrantes latino americanos se observa que este segundo grupo utilizan menos el preservativo, tienen un mayor número de parejas sexuales y presentan mayor consumo de drogas durante las relaciones sexuales. El estudio fue realizado a 2.962 adolescentes de los que el 71% eran de origen autóctono y el 29% de origen latinoamericano; siendo el 49,9% hombres y el 50,1% mujeres¹⁰.

5.5. Mayoría de edad

La sociedad española ha establecido una serie de límites que suponen a los adolescentes haber alcanzado la madurez suficiente para tomar las decisiones por sí mismos. Es importante conocer los aspectos legales para poder cumplir una atención integral adecuada a toda la comunidad y saber actuar ante las diferentes situaciones sociales.

¹⁰ Maria Paz Bermúdez, A. C.-C. (2010). Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España. *International Journal of Clinical and Health Psychology*

La Ley 33/1978¹¹ establece la mayoría de edad a partir de haber cumplido los dieciocho años. Esta mayoría de edad le proporciona a la persona capacidad de obrar libremente bajo responsabilidad civil, penal, electoral y contractual del estado en donde resida.

Sin embargo, en el *Artículo 9* de la Ley 41/2002¹² vienen establecidos una serie de límites del consentimiento informado y consentimiento por representación en donde se da a entender que la mayoría de edad sanitaria es de dieciséis años. Esto significa que *cuando se trate de menores no incapaces y no incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar consentimiento por representación*, pudiendo dar consentimiento ante cualquier intervención, exceptuando aquellas de grave riesgo en donde se les informará a los padres.

Según el Código civil¹³, la emancipación tiene lugar en los siguientes casos:

- Por la mayoría de edad
- Por haber contraído matrimonio siendo menor
- Por concesión de los que ejerzan la patria potestad, siempre y cuando el menor tenga dieciséis años cumplidos y la consienta. Así mismo, el juez podrá conceder esta si el menor de dieciséis la pidiese y previa audiencia con los padres del mismo.
- Por concesión judicial

Esta emancipación habilita al menor para regir su persona y bienes como si fuera mayor de edad. El menor obtiene cierta autonomía por cese de la patria potestad.

Actualmente la edad mínima para tener relaciones sexuales consentidas está fijada en quince años. Esto quiere decir que, a partir de esta edad, el menor puede decidir si quiere o no mantener relaciones, incluso con personas adultas. Esta edad fue modificada del Código penal de trece a quince años con el fin de evitar abuso de adultos a menores.

¹¹ Ley 33/1978, de 18 de noviembre, de mayoría de edad.

¹² Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y de obligaciones en materia de información y documentación clínica

¹³ Código Civil. Título XI. Mayoría de edad y emancipación.

Así mismo, el matrimonio en menores podrá solicitarse siempre que se cumplan una serie de requisitos. Deberán obtener la emancipación entre los dieciséis y dieciocho años, o bien, la dispensa de edad a partir de los catorce años. La dispensa de edad, es un documento que exime a los padres o tutor legal de una carga o condición otorgada por la ley.

A su vez, el Código Penal Español¹⁴, presupone legalmente la autodeterminación sexual a partir de los 13 años. A partir de dicha edad, se reconoce la capacidad de establecer de forma libre y consentida, relaciones sexuales. Por lo que se sobreentiende el uso de métodos anticonceptivos sobre esta población.

5.6. Embarazo de riesgo

El embarazo de riesgo es aquel en el que por inciden durante la gestación, determinados factores sociales, médicos, obstétricos o de otra índole produciéndose una morbilidad y mortalidad perinatal superior a la de la población general.

Los factores de riesgo obstétricos se dividen en cuatro grupos. Según ellos, el embarazo se puede llegar a considerarse de bajo (ningún factor) o alto riesgo (con uno o más factores):

Factores sociodemográficos	Antecedentes médicos
<ul style="list-style-type: none"> - Edad materna < 15 años - Edad materna > 35 años - IMC menor de 20 y mayor que 29 - Tabaquismo (< 10 cig/día) - Alcoholismo - Drogadicción - Nivel socioeconómico bajo - Riesgo laboral 	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión arterial - Enfermedad cardiaca - Enfermedad renal - Diabetes mellitus - Endocrinopatías - Enfermedad respiratoria crónica - Enfermedad hematológica - Epilepsia y otras enfermedades neurológicas

¹⁴ Código Penal. Título VIII. Capítulo II. Artículo 181.2

	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad psiquiátrica - Enfermedad hepática con insuficiencia - Enfermedad autoinmune con afectación sistémica - Tromboembolismo - Patología medico quirúrgica
Antecedentes reproductivos	Embarazo actual
<ul style="list-style-type: none"> - Esterilidad en tratamiento al menos durante 2 años - Aborto de repetición antecedente de parto pretérmino - Antecedente de nacido con CIR - Antecedente de muerte perinatal - Hijo con lesión residual neurológica - Antecedente de nacido con defecto congénito - Antecedente de cirugía (excepto legrado instrumental) - Malformación uterina - Incompetencia cervical 	<ul style="list-style-type: none"> - Eclampsia o preclampsia - Anemia grave - Diabetes gestacional - Infección urinaria de repetición - Infección de transmisión perinatal - Isoinmunización Rh - Embarazo múltiple - Polihidramnios / oligohidramnios - Hemorragia genital - Placenta previa asintomática - Crecimiento intrauterino retardado - Defecto fetal congénito - Estática fetal anormal > 36 semana - Amenaza de parto prematuro - Embarazo postérmino - Rotura prematura de membranas - Tumoración uterina - Patología medico quirúrgica grave

Tabla 7. Factores de riesgo para el embarazo¹⁵

El embarazo adolescente posee más de un factor de riesgo, que desarrollaré más adelante, por tanto se considera embarazo de riesgo y por ello se debe realizar una

¹⁵Juana Macías Seda, J. G. (2001). *Factores de riesgo para el embarazo. Atención al embarazo en riesgo.*

actuación no solo desde el punto de vista sanitario sino también desde el punto de vista social.

Ya en el II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016 (II PENIA), aprobado por Acuerdo de Consejo de Ministros de 5 de abril de 2013 incorpora 8 objetivos a cumplir debida a la “*necesidad de formular una estrategia global para la Infancia sobre la base de los principios y disposiciones de la Convención*”¹⁶.

Dentro de estos objetivos quiero destacar tres de ellos en donde hace mención a este tipo de situaciones:

- Objetivo 4: “Potenciar la atención e intervención social”: incluye la necesidad de intervenir a aquellos niños nacidos de madres adolescentes.

- Objetivo 6: “Educación de calidad”: se entiende la inclusión de estas niñas ya que, debidas a su situación, muchas de ellas abandonan sus estudios. Recientemente se ha publicado un artículo en el que hace referencia a aquellas mujeres que están embarazadas durante el año lectivo y de su situación emocional al asistir a las clases en su estado. Murcia es una de las provincias de nuestro país en donde se aprueba que las madres adolescentes, que lo soliciten, puedan recibir educación a distancia en sus casas¹⁷.

- Objetivo 7: “Salud Integral”: según los últimos datos tanto de IVE como de la Encuesta nacional de Salud Sexual exigen tomar medidas en cuanto a prevención, promoción y rehabilitación de las adolescentes gestantes y madres.

¹⁶Observatorio infancia. (2013). *II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016*.

¹⁷Sevillano, E. (3 de mayo de 2014). La "vergüenza" de ir a clase al instituto cuando se está embarazada. *EL PAIS*, pág. 29.

5.6.1. Factores predisponentes al embarazo adolescente

- Factores personales:
 - Menarquia temprana: constituye el inicio de la madurez sexual.
 - Edad de inicio de los cambios puberales
 - Falta de información: sobre su fisiología, anatomía y métodos anticonceptivos.
 - Inicio precoz de relaciones sexuales
 - Autoestima
 - Capacidad para tomar decisiones
 - Consumo de tóxicos: el uso descontrolado tanto de drogas como el del alcohol conlleva a una desinhibición por parte de la juventud.
 - Estilo de vida
 - Valores personales (éticos, morales, religiosos)
- Factores familiares: el entorno de las adolescentes es importante para establecer una serie de creencias y valores en cuanto al modo de vida. La comunicación entre los miembros de la familia es importante.
 - Estructura familiar
 - Afecto y expresividad
 - Tipo de interrelación personal
 - Normas familiares
 - Ejemplos familiares
- Factores socioculturales:
 - Presión de pareja o de grupo
 - Bajo nivel educativo
 - Bajo nivel económico
 - Medios de comunicación social
 - Patrones culturales

5.6.2. Factores causantes del embarazo adolescente

Los factores causantes son diferentes según la residencia de las mujeres. Por ello, he dividido los factores entre países desarrollados y subdesarrollados. Actualmente, el

modo de vida de las jóvenes viene influenciado, sobre todo, por el entorno y la cultura de cada país, región o comunidad.

5.6.2.1. En países desarrollados

- Relaciones sin métodos anticonceptivos
- Cultura
- Abuso sexual
- Violación

5.6.2.2. En países subdesarrollados

- Limitación del acceso a los métodos anticonceptivos
- Matrimonio infantil
- Coacción y violencia física
- Presión de grupo
- Valores en desigualdad de género

5.7. Salud materno-fetal

La salud materno-fetal aborda los aspectos biológicos, sociales y psicológicos tanto de la madre como del futuro neonato y depende en gran medida del propio estado de salud con que la mujer y su pareja afrontan la gestación. Los embarazos durante la adolescencia suelen ser no deseados, por lo que no existe una consulta preconcepcional.

La salud de ambos deberá estar controlada por las consultas prenatales realizadas durante la gestación. A menudo, por miedo o rechazo, las jóvenes no mencionan su estado pasados los 2 meses por lo que existe una elevada falta de planificación del embarazo en este sector.

Es recomendable que la primera consulta prenatal se haga dentro de las 12 primeras semanas para poder desarrollar una buena asistencia prenatal y poder captar a embarazos en situación de riesgo como el caso del embarazo en la adolescencia. La mejora de la salud materna forma parte de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados en el año 2000. El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a

las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones de embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo.¹⁸

Acción	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre
Historia clínica	Sí	Actualizar en cada consulta	
Identificación del riesgo	Sí	Actualizar en cada consulta	
Acciones informativas	Sí	Actualizar en cada consulta	
Exploración general	Sí	...	...
Exploración mamaria	Sí	...	...
Exploración genital	Sí	...	Opcional al término
Talla	Sí	...	...
Peso y tensión arterial	En cada consulta		
Altura fondo uterino	En cada consulta a partir de la 16 ^a -20 ^a semanas de gestación		
Auscultación fetal	En cada consulta a partir de la 16 ^a -20 ^a semanas de gestación		
Movimientos fetales	En cada consulta a partir de la 22 ^a semanas de gestación		
Maniobras de Leopold	En cada consulta a partir de la 28 ^a semanas de gestación		
Grupo ABO y Rh	Sí	...	...
Coombs indirecto	Sí, en la primera consulta, con independencia del grupo sanguíneo y factor Rh. Si la mujer es Rh negativo y la prueba es negativa se debe aplicar el protocolo específico.		
Hemograma	Sí	Sí	Sí
Glucemia	Sí	...	...
Cribado de diabetes	Sí, según criterios expuestos en la diabetes gestacional		
Proteinuria cualitativa	Sí	Sí	Sí
Cultivo de orina	Sí	...	...

¹⁸OMS, C. d. (mayo de 2014). *Mortalidad materna*.

Citología vaginal	Sí, si no se han realizado en los dos años previos		
Rubéola	Sí	...	...
Sifilis (VDRL-RPR)	Sí	...	Repetir en el 3 trimestre si el cribado inicial fue negativos y pertenece a un grupo de riesgo
Hepatitis B (HbsAg)	Sí	...	Repetir en el 3 trimestre si el cribado inicial fue negativos y pertenece a un grupo de riesgo
VIH	Sí	...	Sí
Cultivo <i>S. Agalactiae</i>	...	...	Sí, 35-37ª semanas, excepto si se ha aislado previamente en orina
Ecografía	Sí, 11-14ª semanas	Sí, 18-22ª semanas	Sí, 32-36ª semanas

Tabla 8. Planificación asistencial prenatal en un embarazo normal

Esta tabla muestra un protocolo de actuación recomendando por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) ante cualquier embarazo normal a excepción de aquellos que tenga un factor de riesgo en dónde se ampliaran las consultas.

Es común el control prenatal inadecuado e/o irregular entre las adolescentes respecto a las mujeres adultas¹⁹. Muchas de las complicaciones pre y post natales, desarrolladas en puntos siguientes, son a causa de un uso inadecuado de la atención sanitaria.

¹⁹Iris Xóchitl Galicia Moyeda, Brenda Martínez Sánchez, Dulce María Ordoñez Cervantes y Heizer Alida Rosales Vega1. (2013). Relación entre maltrato fetal, violencia y sintomatología depresiva durante el embarazo de mujeres adolescentes y adultas: Un estudio piloto. *Psicología y salud*, 83-95

Es importante establecer con nuestros pacientes una relación de confianza para poder realizar una buena consulta y asegurarnos un control regular por parte de las madres adolescentes. Se deberá considerar la derivación a especialista en caso oportuno para afrontar en su totalidad el problema de salud.

6. Marco teórico

A continuación, presentaré los últimos datos que muestran el estado de la cuestión actualmente y la importancia, por tanto, de la intervención sanitaria desde un aspecto biopsicosocial a esta población.

6.1. Situación mundial actual de embarazos entre 15 y 19 años

La recogida de datos, facilitados por UNFPA²⁰, nos muestra una visión aproximada sobre la tasa de natalidad entre las adolescentes de 197 países. El resultado viene dado por el cociente entre el número de nacimientos por cada 1000 adolescentes entre 15 y 19 años. La recogida de datos se realiza durante los años 2008-2012. La tasa de natalidad se define como el número proporcional de nacimientos en población y tiempo determinado; y como “nacido vivo”.

La Tabla 1 muestra que los países que tienen mayor tasa de natalidad son africanos destacando Niger con una tasa de 206, Malí con 172 y Mozambique con 166. Venezuela con una tasa de 101, también está entre estos países.

Países	Tasa de natalidad
Democratic Republic of the Congo	135
Guinea ecuatorial	128
Guinea	154
Guinea-Bissau	137
Liberia	149
Madagascar	147
Malawi	157
Malí	172
Mozambique	166
Niger	206
Nigeria	122
Sierra leona	125
Somalía	123
Sudán	102
Uganda	146
Venezuela	101
Zambia	151
Zimbabwe	112

Tabla 8. Tasa de natalidad (2008-2012): tasas más altas entre 197 países. UNFAP

²⁰United Nations Population Fund (UNPFA): Fondo de Población de las Naciones Unidas

La unión europea presenta tasas bajas con respecto a los demás países destacan: Bulgaria con una tasa de 42, Rumania con 35 y Eslovaquia con 23. La prevalencia de embarazo en adolescentes es mayor en países que se encuentran localizados en Europa del este.

Países de la UE	Tasa de natalidad
Alemania	8
Austria	9
Bélgica	9
Bulgaria	42
Chipre	4
Croacia	12
Dinamarca	5
Estonia	16
Eslovaquia	23
Eslovenia	5
España	10
Finlandia	8
Francia	9
Grecia	10
Hungría	18
Irlanda	14
Italia	7
Letonia	19
Lituania	15
Luxemburgo	7
Malta	17
Países Bajos	5
Polonia	14
Portugal	13
Reino Unido	22
Republica Checa	11
Rumania	35
Suecia	6

Tabla 9. Tasa de natalidad (2008-2012): tasas de la Unión Europea. UNFPA

Aunque España se encuentra por debajo de media mundial, ya posee datos suficientes para poder intervenir y crear un proyecto en un futuro, que llegue a los países que más lo necesiten.

Reclamó la actuación en aquellos países en vías de desarrollo por su alto porcentaje en embarazo adolescentes y por su bajo nivel socioeconómico para afrontarlo. Es importante establecer actuaciones sanitarias para estos sectores para una buena salud mundial.

6.2. Maternidad adolescente en España

Investigadores del Colegio Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)²¹ y la universidad complutense de Madrid han elaborado un estudio que recoge y analiza los datos sobre maternidad adolescente por comunidades autónomas. El estudio fue elaborado a partir de una encuesta realizada por el Centro de Investigaciones sociológicas en el 2006. El tamaño final de la muestra abarca a 9.737 mujeres de 15 o más años comprendidas entre 1959-1986.

Los datos recopilados muestran que la tasa total de madres adolescentes ha disminuido en comparación con la de hace 50 años. Esto no significa que, aunque haya disminuido el embarazo adolescente, el inicio de relaciones sexuales sea más tardío. De hecho y según el informe, el porcentaje de mujeres que han tenido su primera relación sexual antes de los 20 años asciende tras los años y, además, muestra que el inicio de uso de métodos anticonceptivos comienza antes de los 19 años, en comparación con las nacidas entre 1951-1955 y entre 1971-1975 que los utilizaban pasados los 20 años.

Según la investigadora M. Delgado, las madres adolescentes acortan su etapa educativa e inician su vida laboral antes que sus coetáneas. La maternidad durante esta etapa conlleva una aceleración del curso vital.

6.3. Aborto

El aborto es la interrupción del embarazo y se distinguen dos tipos: aborto voluntario e involuntario²².

²¹Consejo Superior de Inestigaciones Científicas y Universidad Complutense de Madrid. (2011). *Maternidad adolescente en las comunidades autónomas*.

²²Aborto: medline enciclopedia

El aborto involuntario es la pérdida espontánea de un feto antes de la semana 20 de la gestación. La pérdida después de esa semana se denomina muerte fetal. La mayoría son causados por problemas cromosómicos que hacen que sea imposible el desarrollo fetal. Otras causas abarcan el alcoholismo, la drogadicción, exposición a toxinas ambientales, infección, problemas hormonales, obesidad, problemas en órganos reproductores, problemas de la respuesta inmunitaria, enfermedades sistémicas y el tabaquismo.

El aborto voluntario bajo control sanitario se puede dividir a su vez en varias modalidades. El más común es el aborto quirúrgico a través de una técnica llamada legrado, que consiste en el raspado de las paredes interiores del útero con el fin, en este caso, de extraer el embrión junto con el resto del endometrio. También existe el aborto médico que es a través de una combinación de fármacos que se administran hasta las primeras 9 semanas de embarazo.

6.3.1. Interrupciones voluntarias del embarazo (I.V.E.)

Las Interrupciones voluntarias del embarazo constituyen una decisión voluntaria que, sobre todo, influye a las mujeres. La decisión de no tener hijos y por tanto, interrumpir el embarazo, es accesible según una serie de condiciones que se recogen en la Ley Orgánica 2/2010²³. Los requisitos necesarios para poder realizar la intervención según el *Artículo 13* de esta ley, deben ser:

Primero.-Que se practique por un médico especialista o bajo su dirección

Segundo.-Que se lleve a cabo en centro sanitario público o privado acreditado

Tercero.-Que se realice con el consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada o, en su caso, del representante legal, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002.

Cuarto.-En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la I.V.E. les corresponde a ellas.

Al menos uno de los representantes legales de estas mujeres deberá ser informado de la decisión de la mujer.

²³ Ley 2/2010, de 3 de marzo, de salud y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo

Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo.

Las condiciones para poder llevarlo a cabo son:

- Artículo 14. *Interrupción del embarazo a petición de la mujer.*

Podrá interrumpirse dentro de las primeras 14 semanas de gestación siempre y cuando se haya informado a la mujer sobre los diferentes recursos y prestaciones sociales y hayan transcurrido 3 días hasta la intervención.

- Artículo 15. *Interrupción por causas médicas.*

Podrá interrumpirse cuando no superen las 22 semanas de gestación siempre que exista grave riesgo para la vida o salud de la embarazada o riesgo de que exista graves anomalías en el feto que puedan llegar a ser incompatibles con la vida.

El dictamen de esas circunstancias deber ser emitido por dos médicos especialistas distintos y, además contar con un comité clínico.

6.3.2. Datos sobre I.V.E.

Gracias a las tablas²⁴ realizadas por el Instituto Nacional de Estadística gracias al ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad de España nos podemos hacer una idea general de la prevalencia de interrupción voluntaria del embarazo.. Los resultados de los estudios fueron calculados gracias a las notificaciones de I.V.E. recogidas por centros aptos de las CCAA para realizar este tipo de intervención. Los resultados no reflejan a la población total española, aun así, nos podemos hacer una idea de cómo se encuentra la situación actual de mujeres menores de 20 años que interrumpen de forma voluntaria la gestación en comparación con la situación pasada.

Los estudios se realizaron teniendo en cuenta los motivos de interrupción citados en la *Ley Orgánica 2/2010*. Según la publicación actual de I.V.E. el total de interrupciones

²⁴Instituto Nacional de Estadística. (2011 y 2013). *Interrupción voluntaria de embarazo*.

por petición de la mujer alcanza los 11.470. En cuanto a interrupciones por causas médicas abarcan 1.300. Existe otro apartado que engloba varios motivos con un total de 1 interrupciones.

CCAA	11 años	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años
Andalucía		2	21	88	243	409	635	928	1114
Asturias									
Islas Baleares				1	22	35	57	78	80
Canarias		1	1	19	61	91	122	204	229
Cantabria				2	8	24	25	32	36
Castilla la Mancha		1	4	9	37	81	115	161	156
Castilla y León			3	12	29	53	93	130	166
Cataluña		1	16	51	149	320	461	639	708
Valencia	1	1	14	32	128	166	258	401	451
Extremadura				6	9	39	58	83	79
Galicia	1	1	1	11	13	61	77	135	146
Madrid		3	14	48	119	277	396	613	699
Región de Murcia			7	13	30	70	108	149	174
Comunidad foral de Navarra			2	8	8	20	20	32	26
País Vasco	1	2	1	6	23	51	80	117	145
La Rioja					6	14	21	19	18
Ciudad autónoma de Ceuta							2		1
Ciudad autónoma de Melilla						3	6	4	4
No residentes			4	18	53	61	50	102	99

Tabla 11. I.V.E. en mujeres menores de 20 años según CCAA y edad durante 2011

CCAA	11 años	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años
Andalucía		1	21	88	222	362	507	711	831
Aragón		1	22	94	16	31	570	61	86
Asturias		1	23	105	16	33	606	67	78
Islas Baleares		1	23	121	29	38	663	87	97
Canarias		2	23	142	51	77	789	194	189
Cantabria		2	25	145	7	13	814	23	41
Castilla la Mancha		3	28	162	39	60	893	123	137
Castilla y León		3	30	171	25	43	955	103	129
Cataluña	1	6	43	237	159	281	1.402	640	728
C. Valenciana		6	53	280	100	188	1.621	309	356
Extremadura		6	55	289	12	25	1.673	64	68
Galicia		6	56	298	27	39	1.738	103	124
Madrid		9	70	357	115	223	2.112	487	681
Murcia		10	74	375	40	71	2.194	124	133
Navarra		10	75	381	15	20	2.228	36	39
País Vasco		11	77	391	21	58	2.304	120	147
La rioja		11	77	394	3	9	2.313	16	13
Ciudad autónoma de Ceuta		11	77	395			2.314		
Ciudad autónoma de Melilla		11	77	395		3	2.316	6	5
No residentes		12	80	410	30	62	2.374	81	94

Tabla 12. I.V.E. en mujeres menores de 20 años según CCAA y edad durante 2013

El número de interrupciones en el 2011 fueron de 13.882 en total, destacando Andalucía (3.440), Cataluña (2.345) y Madrid (2.169). La mayoría de ellas fueron intervenidas entre los 18 y 19 años. Las mujeres que no tenían residencia española suman un total de 387 intervenciones.

Durante el 2013 se notificaron 46.643 interrupciones siendo en Madrid (4054) la comunidad con mayor prevalencia seguida del País Vasco (3129) y Cataluña (3497). La mayoría de las mujeres tenían 17 años, en la segunda posición se encuentran a las de 14 años que alcanzan un total de 5.230. Las no residentes llegaban a las 3.143 interrupciones.

Al comparar estos resultados se observa un aumento de dicha intervención tanto para las residentes como para las no residentes. Es importante comentar la precocidad de las mujeres que se quedan embarazadas durante el 2013 en comparación con las del 2011 convirtiendo la situación en un problema de salud actual en nuestro país.

6.4. Embarazo en adolescencia

En el 2004 se publicó en la Revista Pediátrica de Atención Primaria consecuencias adversas que se asocian con el embarazo adolescente que debería ponernos en alerta, ya que supone un riesgo real y potencial.

	Salud	Educación	Socio-económicos
Adolescente	Control tardío de la gestación	Interrupción/abandono escolar	Familia monoparental
	Fumar durante la gestación		Divorcio/separación
	Anemia e hipertensión		Menor oportunidad empleo
	Complicaciones obstétricas		Dependencia del estado de bienestar
	Aborto		Peor vivienda y nutrición
	Depresión postparto		Bajo nivel económica
	Depresión y aislamiento		
Niño	Muerte súbita	Retraso del desarrollo preescolar	Pobreza
	Bajo peso		Peor vivienda
	Prematuridad		Familia monoparental
	Menor lactancia		

materna
Accidentes
Peor nutrición
Negligencia
Embarazo adolescente
Mayor mortalidad infantil

Tabla 10. Consecuencias adversas asociadas

6.4.1. Problemas prenatales

El desarrollo de la mujer a estas edades todavía no ha alcanzado su estado óptimo para asumir tanto la gestación como el parto. Existen varios estudios que muestran similitud en las complicaciones que pueden llegar a surgir tras un embarazo durante la adolescencia. Muchos de ellos, reflejan que la razón por las que se producen es debida a la falta de madurez biológica de la gestante.

Distintos artículos realizados mediante el estudio de casos y controles, dónde las madres del grupo control se encontraban entre 20 y 35 años, mostraron resultados en dónde las tasas de prevalencia, ante una serie de variables, eran más altas en las adolescentes. Las variables de estos estudios fueron: anemia materna, infección del tracto uterino, síndrome hipertensivo, rotura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de la placenta, retardo en el crecimiento intrauterino, trabajo de parto prolongado, parto prematuro, peso bajo al nacer, y puntaje de Apgar inferior a 7. Debido a estos riesgos maternos y a los riesgos fetales y neonatales por falta de cuidados y negligencia se reconoce un alto riesgo de morbilidad materna, fetal y neonatal.

El embarazo en la adolescencia se considera un factor de riesgo para maltrato fetal por controles inadecuados y consumo de drogas. Respecto a las adultas, los adolescentes incrementan la posibilidad de realizar consultas irregulares y no llevar unos buenos hábitos saludables durante su estado.

Además de los problemas prenatales por el mero hecho de ser adolescentes, se incrementan los factores de riesgo asociados por malos hábitos como el consumo de alcohol y otras drogas durante la gestación. Desde la Comunidad Valenciana se realiza un estudio donde recogen datos como el consumo de tabaco y alcohol y otros factores médicos. Los resultados muestran un porcentaje inferior de adolescentes fumadoras respecto a las que consumieron alcohol durante la gestación llegando al 25 % de la muestra.

Este tipo de comportamientos y conductas provocan una serie de problemas natales como el Síndrome alcohólico fetal que produce síntomas como: crecimiento deficiente intrauterino y bajo peso al nacer, disminución de tono muscular, retraso en el desarrollo y de habilidades sociales, anomalías cardíacas y afectación facial²⁵.

Sin embargo, un estudio realizado en la Comunidad Valenciana entre el año 1995 y 2000 muestra todo lo contrario a los estudios mencionados anteriormente. Hay que señalar que la diferencia de ello es el nivel socioeconómico al que pertenecen es más elevado y, además, las embarazadas acudían de forma periódica y regular a las consultas prenatales.

6.4.2. Problemas psicológicos

En las repercusiones psicológicas hay que tener en cuenta en qué etapa de la adolescencia se encuentran las jóvenes. Las implicaciones psicológicas que experimentan se multiplican por el hecho de un embarazo precoz. La maternidad precoz puede llegar a ser un factor que precipite la asunción de roles adultos sin que se haya logrado una elaboración de ellos²⁶.

Cada adolescente enfrentará la situación de forma distinta, sin embargo, existen conductas similares hacia la maternidad:

²⁵Síndrome de alcoholismo fetal: medline enciclopedia

²⁶R.J. Herrera, E. Blanda, S.L. García. (2002). El yo en crisis: embarazo adolescente. *Psicología: teoría e práctica*.

- Pubertad o pre- adolescencia: por lo general niega la realidad y tiende a aislarse prolongando la consulta obstétrica. El embarazo se considera de mayor riesgo en estas edades.
- Adolescencia media: labilidad emocional. Las jóvenes lo asumen presentando ideales de entrada a la edad adulta.
- Adolescencia tardía: poseen la madurez necesaria para vivir la maternidad con autonomía. Comienzan a reafirmar sus relaciones y primeras preocupaciones por temas económicos y de vivienda²⁷.

Durante el 2011 se realizó un estudio prospectivo y transversal a un grupo de 53 adolescentes embarazadas atendidas que se publicó en la Revista Psicología Científica (RPC) En el año 2014. Los resultados de estudio mostraron que la presencia de ansiedad y depresión muestran niveles altos entre las jóvenes. Además el nivel de autoestima y bienestar psicológico se encuentra disminuido entre esta población.

La depresión postparto²⁸(DPP) se define como un episodio de ánimo depresivo, sentimientos de culpa, dificultad para tomar decisiones, y síntomas somáticos como fatiga, falta de apetito y alteración en el sueño-descanso, pudiendo aparecer ideación e intento suicida e incluso síntomas psicóticos. Puede darse como leve, conocida como disforia posnatal, grave y como psicosis postparto.

Se desconocen las causas y/o factores que determina la aparición de esta patología, aun así puede darse mayor posibilidad sí:

- Edad menor de 20 años
- Consumición actual de alcohol, alucinógenos o tabaco
- No planeo del embarazo o tuvo sentimientos contradictorios acerca de éste
- Antecedentes de depresión, trastorno bipolar o trastorno de ansiedad antes del embarazo o en embarazo anterior
- Experiencia estresante durante embarazo, y/o parto en relación con su familia, pareja y bebé.

²⁷Dolores Ruíz M, R. M. (2003). *Enfermería de la mujer*. DAE, S.L.

²⁸Depresión postparto: medline enciclopedia

- Antecedentes familiares de depresión
- Mala relación con pareja o es soltera
- Problemas económicos o de vivienda
- Poco apoyo familiar, de los amigos o de la pareja

En la mayoría de las adolescentes aparecen y/o tienen más de un factor descrito de riesgo a padecer DPP. Además de los citados, se agregan el riesgo de deserción escolar, de abuso y negligencia hacia el niño y mayor probabilidad de un segundo embarazo adolescente.

En la Unidad de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitarios de Valladolid se realizó un estudio para valorar los factores que puedan estar más relacionados con una mayor incidencia de “*Maternity Blue*” mediante la escala de Zung-Conde. Para la recogida de datos se eligieron 13 factores ha estudio: estado civil, actividad laboral remunerada/ama de casa, domicilio, embarazo deseado, sexo deseado del hijo, edad (tres grupos. Menos de 20, entre 20-30 y más de 30), sexo del hijo, primiparidad, patología durante embarazo, patología durante el parto, antecedentes familiares, psiquiátricos y patología del recién nacido. Aunque no hay resultados muy significativos, existen marcadas diferencias en los factores: domicilio (urbano, embarazo no deseado, edad (menos de 20 años), antecedentes psiquiátricos y patología del recién nacido.

6.4.3. Problemas sociales

No solo se debe considerar un problema de salud del presente sino también repercute en el futuro de la madre y del hijo por las complicaciones socio-económicas que conlleva.

El mayor problema social que se produce en estas situaciones es la deserción escolar. En muchos de los artículos revisados, muestran un alto porcentaje de abandono escolar y alto de riesgo de ocupar un puesto laboral menos cualificado, eso sin contar con aquellas que se dedican a las labores de casa por cultura, decisión o incapacidad de encontrar trabajo. Muchos de los resultados son debidos a que la mayoría de ellas conviven un nivel socioeconómico bajo.

La situación con su entorno es muy variada y diferente según la cultura o el modo de vida que lleven las familias de las jóvenes. Pueden ocurrir varias situaciones, o que se cree una familia disfuncional por no aceptar el embarazo, apoyo incondicional o incremento de problemas intrafamiliares. Uno de los motivos de estos problemas es por la dificultad para el vínculo con el hijo, ya que en muchas ocasiones son los abuelos los que crean este vínculo.

Como ya vimos, el grupo social adquiere un valor importante en esta etapa. Ahora son madres y no pueden realizar todas las actividades sociales que quisieran, en muchos aspectos esto frustra a la adolescente realizando actos de falta de cuidado hacia su hijo y fomentando el consumo de alcohol y otras sustancias ya que no dejan de ser niñas en búsqueda de esa identidad personal, y este es un acto común entre los adolescentes españoles.

Para los hijos de estas madres también les supone presentar problemas sociales en su crecimiento y desarrollo como persona. Existen estudio donde son un factor de riesgo a presentar agresividad, consumo de sustancias, problemas psicológicos...Cómo el estudio realizado en Montreal sobre la agresividad en los niños da como resultado el factor predisponente de ser hijo de madres adolescentes con un bajo nivel sociocultural.

“Cuanto mayor es el desarrollo socioeconómico, menor es la capacidad de respuesta solidaria de una sociedad y más favorece las respuestas agresivas”(M. G. Ulanowicz, K. E. Parra, G. E. Wendler)

6.5. Recursos sociales

Existen varias asociaciones que facilitan y ayudan a aquellas mujeres que continúan con el embarazo y tienen dificultades para afrontarlo. Estas dificultades adquieren un peso importante para el crecimiento y desarrollo de la persona. No sólo son de carácter económico, también abarcan asuntos sociales, psicológicos y clínicos. Dentro de la comunidad de Madrid podemos encontrar fundaciones como:

- Fundación desarrollo y persona

Es una organización sin ánimo de lucro, de ámbito nacional que forma parte de la Red de Apoyo a Jóvenes Embarazadas y Madres sin recursos incluido en el Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016. Dentro de uno de sus programas trabajan con chicas adolescentes embarazadas que puedan llegar a sufrir riesgo social, manteniendo 2 años de compromiso post embarazo.

¿Cómo funciona la fundación respecto a la juventud?

Tras una entrevista con la directora de la fundación y directora del centro de orientación familiar de Valladolid, Nieves González, nos habla sobre la función de esta fundación a través de talleres para jóvenes entre 12 y 18 que se encuentran en diversas situaciones como el embarazo, inicio de las relaciones sexuales, uso de métodos anticonceptivos, etc.

Talleres en cuánto a la etapa de vida adolescente:

- Para jóvenes y embarazadas y madres sin recursos:
 - o Dos talleres de lactancia
 - o Cuatro talleres de autoconocimiento de la fertilidad
 - o Trece escuelas de padres
- Programas de educación afectiva y sexual: en dónde informan y enseñan a los niños y niñas todas las funciones que conlleva la sexualidad.
 - o Taller para Educación Primaria (6- 11 años)
 - o Taller de la pubertad (12-14 años)
 - o Taller de la adolescencia (15-18 años)

¿Por qué motivos suelen acudir las chicas?

Nieves comenta, que la mayoría de las chicas que acuden se encuentran en situaciones de riesgo socioculturales debido a problemas de autoestima, nivel socioeconómico bajo, conflictos familiares y/o conocimientos deficientes ante su nueva situación.

Actividades que proporciona la organización, ¿cómo trabajáis los conflictos?

Las actividades realizadas abarcan una formación completa y continua para las madres antes y después del embarazo sin criterios de inclusión en el taller. Aunque existan talleres prediseñados, la ayuda con las madres adolescentes va más allá y los profesionales que trabajan con la fundación adaptan las actividades según las necesidades de cada mujer. Existen los “encuentros” donde embarazadas y madres adolescentes comparten sus experiencias y emociones.

Importancia del voluntariado

Nieves refleja la importancia del voluntariado en esta labor, *“Mientras las madres participan en los talleres o en los “encuentros” el voluntario cuida de sus bebés”*. Esto proporciona espacios a las jóvenes para poder expresar sus emociones a aquellas que todavía no lo son.

- **Fundación Madrina**

Es una asociación sin ánimo de lucro que atiende a familias sin recursos cuyo objetivo es que *“todos los niños de esas familias tengan sus necesidades básicas cubiertas”*. Su campo de trabajo abarca desde la labor informativa y asesoramiento legal hasta la asistencia integral de jóvenes y adolescentes embarazadas sin recursos y en riesgo de exclusión social, violencia o abuso. También cuentan con la posibilidad de poder “amadrinar” los niños. Esta fundación también colabora con la Comunidad de Madrid en el desarrollo de un Plan Integral de Asistencia y Ayuda a la juventud.

Existen varios campos de acción que se desarrollan de la siguiente manera:

- Banco del bebé: recogida de alimentos, ropa, productos, juguetes, pañales, cunas, carritos, etc.
- Madrinoteca: en un centro infantil de 0 a 3 años que se encarga de los niños mientras los padres realizan cursos de formación.

- Residencias madrinas: pueden ser residencias o piso tutelados para la acogida de madres y jóvenes embarazada en situación de dificultad y riesgo psicosocial.
- Programa madre-madrina: está formado por madres que ayudan a otras que se encuentren en alguna dificultad.
- Formación, empleo y emprendimiento: para que los jóvenes puedan acceder al mundo labor y seguir formándose.
- Banco de alimentos: una vez al mes ayuda a rellenar los carritos de la comprar a aquellas familiar que se encuentre en situación económica desfavorables. Los servicios sociales deberán valorar la necesidad.

6.6. Desde el punto de vista sanitario cómo nos afecta

El embarazo es un estado en el que la mujer sufre una serie de cambios corporales y psicológicos que la preparan para la llegada de su hijo/a. La maternidad es un rol que, habitualmente, corresponde a la edad adulta. Cuando una adolescente se queda embarazada su actitud puede quedar determinada por la etapa en la que se encuentre y llegar a suponer problemas clínicos, psicológicos y sociales.

Existen varios artículos que reclaman la prevención y la educación sexual precoz para evitar tanto los embarazos como las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

En Marzo del 2013 el grupo PrevInfad actualizo sus recomendaciones para la prevención del embarazo no deseado. Reclama la actuación por parte de Atención primaria ya que los resultados obtenidos son dudosos por la falta de estudios para evaluar la efectividad del consejo individualizado para la prevención de embarazos en adolescentes, realizadas desde las consultas de Pediatría, enfermería o de medicina general.

Las consultas de atención primaria facilitan la labor de controlar y ver el desarrollo tanto fisiológico como psicosocial; además, en ellas tenemos la posibilidad de prevenir y aconsejar a las adolescentes que se encuentren en riesgo de tener un embarazo inesperado.

Las revisiones a partir de los 12 años son las idóneas para comentar y responder preguntas sobre sexualidad, relaciones sexuales y consumo de alcohol y otras drogas. También nos ayuda a detectar algún conflicto familiar que pueda desencadenar alguna situación de riesgo social o abuso sexual.

Actualmente, y respondiendo a la necesidad de actuación sobre los adolescentes, el Hospital Universitario La Paz abre la Unidad de adolescentes en 2012 para ofrecer una atención especializada para los jóvenes madrileños.

Tras una entrevista con una de las pediatras de esta unidad corroboro los resultados obtenidos de los artículos revisados.

María comenta la importancia de una actuación multidisciplinar que englobe a la adolescente en su totalidad como persona *“hay que realizar un acompañamiento global, debemos procurar que la adolescente tenga una buena salud psicosocial”*.

¿Qué complicaciones prevalecen más en estas gestantes?

Haciendo mención a los resultados de otros estudios, María verifica que la mayoría de ellas presentan un embarazo prematuro y padecen síndromes hipertensivos. Desde 2014, estas consultas pediátricas trabaja junto a consultas ginecológicas adaptadas *“no hay que olvidar que son madres y por ello requieren de una ayuda sanitaria especializada, lo bueno de llevarlo conjunto es que es un cuidado continuo y adaptado a la situación. Tras el parto, son las madres adolescentes las que traen a sus hijos a las consultas. Por ello, no dejamos de verlas”*.

Según una noticia publicada en la web por la prensa de este hospital el 50,6% de las causas hospitalaria en niñas entre 10 y 21 años son por problemas relacionados con el embarazo y el puerperio.

Problemas sociales y psicológicos

“Estas madres no dejan de ser niñas... no significa que porque sean madres maduren antes” comenta María.

La familia es un pilar muy importante en ellas, muchos de los acontecimientos tras la noticia de embarazo son los conflictos familiares. Nunca se sabe cómo los padres de estas niñas pueden reaccionar ante la llegada de un nuevo miembro. Y muchas veces, los abuelos son los encargados de dar los cuidados al bebé nacido creándose *“el vínculo madre-hijo con los abuelos”*.

La depresión postparto prevalece en este intervalo de edad al igual que el consumo de alcohol y drogas *“gracias a la posibilidad de derivación con otros profesionales podemos actuar a un nivel más psicológico y social”*. Muchas no están preparadas para afrontar los cuidados que requiere un bebé.

¿Desde el punto de vista de los sanitario, cómo deberíamos mejorar?

Ya vimos que en la etapa adolescente se producen cambios rápidos y progresivos y que sobre todo la vida social es la que más afecta a su desarrollo. En muchas de las consultas María pregunta a los jóvenes sobre sexualidad y relaciones sexuales. Muchos de ellos niegan haber hablado de ellos en sus colegios y en su entorno familiar. Aquí se refleja la importancia de actuación de los profesionales sanitarios a la hora de introducirles sobre estos términos, sobre métodos anticonceptivos y sobre problemas o complicaciones relacionadas con las relaciones sexuales como las ETS o los embarazos no deseados.

7. Proyecto de salud: “Mamá primeriza”

7.1. Justificación

El desarrollo del proyecto lo he querido encaminar hacia un resumen de lo que les espera a las futuras madres adolescentes. Las complicaciones durante y post embarazo dan importancia para educar en salud a este sector. Es importante afrontar este, desde un punto de vista psicosocial y trabajar con ellas todos los aspectos de salud.

Quiero fomentar el uso de Atención primaria para poder llevar un buen control tanto para las madres como para los hijos. Los controles pediátricos serán una buena herramienta para continuar los cuidados a estas y responder de una forma personal y profesional a muchas de sus preguntas. No debemos olvidar que, aunque sean madres todavía son niñas viviendo un cambio radical en sus vidas.

7.2. Descripción del proyecto

El proyecto está dividido en 5 sesiones de acuerdo al orden progresivo que presenta el embarazo.

Las cuatro primeras sesiones van encaminadas al autocuidado y seguimiento de las madres. Son un apoyo para aquellas que todavía no han tenido ninguna consulta y se encuentran en los primeros meses, y para aquellas que se encuentran en los últimos meses del embarazo. No siempre la situación familiar va a ser la más favorable, durante una de las sesiones aprovecho para abrir y motivar a las adolescentes de que, afortunadamente en nuestro país, existen asociaciones que acompañan y ayudan a todo tipo de situaciones y en especial a aquellas que no tengan los recursos suficientes para sobrellevarlo.

La última sesión será exclusiva para el cuidado del bebé. En muchas ocasiones son las abuelas las que crean el vínculo y no debería ser así. Por ello, quiero fomentar y ofrecer una seguridad a las futuras madres sobre los cuidados básicos.

7.2.1. Población diana

El proyecto está diseñado para jóvenes adolescentes embarazadas. La ventaja de no diferenciar el trimestre de cada una de ellas. No dará la posibilidad de compartir y aprender con las participantes y no solo con el desarrollo del proyecto.

7.2.2. Objetivo general

- Contribuir a mejorar la salud de las jóvenes embarazadas desde Atención primaria

7.2.3. Objetivos específicos

- Área cognitiva: Que el grupo pueda identificar signos y síntomas para evitar complicaciones
- Área emocional: Que el grupo exprese sentimientos y emociones que le preocupen
- Área de habilidades: Que el grupo desarrolle habilidades de cuidados tanto para ella como para su bebé

7.3. Metodología

- Número de participantes: cada sesión contará con un número entre 10-15 participantes.
- Desarrollo: el proyecto constará de 5 sesiones.
- Duración: 60 minutos establecidos en cada sesión, con posibilidad de alargarse hasta los 90 minutos en alguna de ellas por preparación de actividades.
- Periodicidad: se impartirán un día de cada semana durante 5 semanas.
- Temporalización: las fechas y el horario se adecuarán con el del centro de salud correspondiente.

- Lugar: el lugar será elegido según las instalaciones del centro de salud donde se intervenga.

7.3.1. Sesiones

El proyecto contará con 5 sesiones que abarcan desde el nuevo estado de gestantes, pasando por el momento del parto, hasta los primeros cuidados básicos hacia el bebé. En algunas de ellas he utilizado la técnica de investigación en aula para ayudar que puedan expresar sus sentimientos acerca de su nuevo estado.

7.3.2.Sesión 1: Mi primera vez

Objetivo general:Concienciar a las participantes de la realidad en la que están viviendo

- **Presentación:** Al ser la primera sesión, comencare con una breve presentación sobre el proyecto que vamos a impartir resumiendo las sesiones y los objetivos a alcanzar de cada una de ellas.
- **“Mi nuevo estado”:** Esta sesión está dedicada a cómo sobrellevar los cambios que surgen debido al embarazo. Durante la exposición teórica hablaré sobre los cambios fisiológicos que van a sufrir y así poder desarrollar un autoconocimiento sobre su fertilidad. A su vez, incluiré un apartado donde cómo reconocer signos y síntomas que pueden derivar a riesgos obstétricos.
- **“Fotopalabra”:** es una técnica que permite trabajar aspectos del área afectiva. Los participantes se dividen en tres grupos y se les presenta una serie de fotos. De entre ellas, cada una tendrá que escoger una o dos fotos y expresar los motivos por lo que la han escogido.

Fotos: bebés, grupo de amigos, parejas, familia, música, casas, gente triste, gente alegre y dinero. He seleccionado esas fotos por la gran relación emocional que pueden estar pasando estas jóvenes e influenciar de una manera para que puedan expresar sus sentimientos.

7.3.2.1. Ficha de la sesión 1

Objetivos educativos	Contenido	Técnica	Agrupación	Tiempo	Recursos	Evaluación
Que reconozcan los cambios propios del embarazo	Cambios fisiológicos	Expositiva	GG	10'	Expositor Powerpoint Hojas Bolígrafos	Cuestionario final
Que puedan llegar a identificar signos y síntomas	Complicaciones obstétricas	Expositiva	GG	10'	Expositor Powerpoint Hojas Bolígrafos	Cuestionario final
Que expresen emociones	“Fotopalabra”	Investigación en aula	G5	20'	Fotografías	Cuestionario final

7.3.3. Sesión 2: Cuídate

Objetivo general: Fomentar hábitos de vida saludables

- “Cuídate”: esta sesión está dedicada al autocuidado de las futuras mamás. Quiero que aprendan que llevar un buen control prenatal y cambiar hábitos es bueno tanto para ella como para su bebé. Durante el desarrollo se hablara sobre la alimentación y la deshabituación tóxica.
- Yoga: cuando hablamos de ejercicio hay que señalar que me refiero a un ejercicio moderado. La práctica del yoga es reconocida por muchas culturas como método de relajación y alivio del dolor. El yoga no solo posee beneficios físicos sino también psicológicos que puede ayudaren estas jóvenes. Además daremos unas pautas sobre ejercicios de respiración que las ayudarán a la hora del parto.
- Folleto “cuídate”: Al final de la sesión entregaré un folleto por las dos caras con la recomendación de las consultas prenatal y sobre consejos alimenticios y de posturas. (Anexo 10.1.)

7.3.3.1. Ficha de la sesión 2

Objetivos educativos	Contenido	Técnica	Agrupación	Tiempo	Recursos	Evaluación
Que reconozcan la importancia del control prenatal	Control prenatal	Expositiva	GG	10'	Expositor Powerpoint Hojas Bolígrafos	Cuestionario final
Que puedan realizar un autocuidado óptimo	Conocimientos sobre alimentación, ejercicio y descanso	Expositiva	GG	10'	Expositor Powerpoint Hojas Bolígrafos	Cuestionario final
Que aprendan a relajarse	Actividad: yoga	Desarrollo de habilidades	GG	40'	Ropa cómoda Esterillas Equipo de música Música para relajación Profesor de yoga	Cuestionario final

7.3.4. Sesión 3: ¡Ya llega!

Objetivo general: Preparar en el ámbito psicológico y físico a las participantes para el parto

- Preparación al parto: durante esta sesión explicativa hablaremos sobre los tipos de partos. Contaremos con una matrona para poder responder a las diferentes dudas que puedan surgir durante la sesión. En esta exposición hablaremos sobre los signos de inicio del parto, conceptos como monitorización fetal, oxitocina, anestesia epidural, etc. La importancia sobre una buena respiración será clave para ayudarles durante este proceso y se recomendará acudir a las clases que realice la matrona en el centro de salud. Habrá que reflejar que cada persona es diferente y el parto no va a ser igual en todas. Los últimos minutos explicaremos el cuidado de las heridas quirúrgicas que se pueden presentar como la cesárea o

la episiotomía, para asegurarnos que se quedan con las recomendaciones de los cuidados les daremos una fotocopia de ello (Anexo 10.3.).

- Descanso: dejaremos entre 5-10 minutos de descanso tras la exposición teórica para que las chicas se puedan relacionar entre ellas. Muchas veces, y sobre todo en sus edades, la comprensión e identificación social con otros semejantes ayuda a que puedan aflorar sentimientos más profundos. Es una forma de conocerse fuera del ámbito educativo que ayuda al desarrollo del proyecto.
- “Rejilla”:El educador sacará un tema para que puedan expresar sus experiencias, creencias o conocimientos sobre distintos aspectos. En esta caso y al ocupar 30’ de la sesión abordaré dos temas con una duración de 15’ para cada uno. El primero irá encaminado al embarazo, con ellos que saber los conocimientos que han retenido sobre el control prenatal y sus miedos que puedan llegar a tener a la hora del parto. El segundo tema será sobre sus expectativas de futuro tras el parto

7.3.4.1. Ficha de la sesión 3

Objetivos educativos	Contenido	Técnica	Agrupación	Tiempo	Recursos	Evaluación
Que puedan reconocer los signos del inicio del parto	Conocimientos sobre el parto	Expositiva	GG	5'	Expositor Powerpoint Hojas Bolígrafos	“Rejilla”
Que adquieran conocimientos sobre el proceso del parto	Términos sanitarios	Expositiva	GG	5'	Expositor Powerpoint Hojas Bolígrafos	“Rejilla”
Que puedan realizar cuidados básicos postparto	Cuidados he heridas quirúrgicas	Expositiva	GG	5'	Expositor Powerpoint Hojas Bolígrafos	“Rejilla”
Que realizan los ejercicios de respiración adecuados	Actividad: respiraciones	Desarrollo de habilidades	GG	5'	Expositor Powerpoint	Cuestionario final
Que expresen sus temores y dudas sobre el parto	“Rejilla”	Investigación en aula	GG	30'	Esterilla Matrona	Cuestionario final

7.3.5. Sesión 4: Bienvenida a la maternidad

Objetivo general:Mostrar a las participantes losdiferentes recursos sanitarios y no sanitarios disponibles

- “No estás sola”: en esta sesión quiero ofrecer un apoyo continuo, tras la revisión bibliográfica y las entrevistas realizadas, me he dado cuenta de que muchas de ellas se encuentran perdidas y no ven apoyo. Esta sesión va dedicada a todas aquellas asociaciones que apoyan a estas mujeres como la Fundación Desarrollo y Persona. Las recordaremos que desde el punto de vida de la enfermería podremos ayudarlas en las diferentes consultas que soliciten durante el puerperio. Además, también podremos seguirlas junto a sus bebés en

dónde procuraremos que continúen con buenos hábitos saludables y contestaremos aquellas dudas que surjan.

- “Charla-coloquio”: el educador expone un tema seguido de una discusión sobre el mismo. Esta discusión puede ser libre o estructurada. En este caso será estructurada, por ello se crearan parejas o tríos, dependiendo del número de participantes para que piensen sobre los temas que quieren hablar o si se han quedado con dudas acerca de los recursos sociales y sanitarios.

- Taller de Lactancia materna & Lactancia artificial: se impartirá un taller sobre las posiciones y las complicaciones con sus distintos cuidados que se pueden llegar a producir durante la lactancia materna. A su vez introduciremos la lactancia artificial como optativa a la materna por causas de decisión de la madre o por imposibilidad de subida de leche. Ayudaremos a las futuras madres las medidas y los intervalos de introducción de alimentos según la edad del bebé.

7.3.5.1. Ficha de la sesión 4

Objetivos educativos	Contenido	Técnica	Agrupación	Tiempo	Recursos	Evaluación
Que sepan utilizar los recursos sanitarios y no sanitarios	Conocimientos sobre recursos sociales y sanitarios	Expositiva	GG	20'	Expositor Powerpoint Hojas Bolígrafos	Cuestionario final
Que verifiquen sus conocimientos adquiridos	“charla-coloquio”	Expositiva	G2-G3	20'	Hojas Bolígrafos	Cuestionario final
Que realicen una posición adecuada	Lactancia materna	Desarrollo de habilidades	GG	10'	Esterillas Muñecos Sacador de leches	Cuestionario final
Que adecuen las medidas y los intervalos de alimentación de sus hijos	Lactancia artificial	Desarrollo de habilidades	GG	10'	Biberones Leche en polvo	Cuestionario final

7.3.6. Sesión 5: Mi bebé

Objetivo general: Capacitar a las participantes sobre cuidados básicos al recién nacido

- Cuidados al bebé: al hablar sobre la alimentación en el anterior taller, esta sesión ira encaminada a la higiene, el descanso y el control de riesgos en los pediátricos. Hablaremos sobre el crecimiento de los niños y su control con los percentiles en las consultas del centro de salud e introduciremos el control pediátrico y su contenido general en cada consulta.
- Taller “El baño”: hay que potenciar el vínculo madre-hijo y qué mejor forma que durante el baño. El baño significa un momento de relajación tanto para ella como para el bebé. Con la ayuda de unos muñecos y unas bañeras ayudaremos a las madres a colocar a sus futuros bebés de manera cómoda para ambos.

- Taller “Primeros auxilios”: al ser mamás primerizas y además adolescentes, es importante que sepan prevenir riesgos y sepan actuar ante situaciones de emergencia del bebé. Por ello, enseñaremos a realizar la maniobra de Heimlich por posibles atragantamientos de objetos o comida y a tener ciertas precauciones como: cuidado con los botes abiertos, productos de limpieza y fármacos a la vista, tenerles más a la vista cuando empiezan a ser más independientes y curiosos, esquinas, enchufes, bicicletas, etc. Además daremos una breve introducción a cuidados de heridas leves.
- Folleto “Niño sano”: para verificar los conocimientos adquiridos se les entregará este folleto que incluirá las diferentes consultas pediátricas desde el nacimiento hasta los 14 años y un breve resumen sobre la introducción de alimentos acompañado con consejos y recomendaciones. (Anexo 10.)

7.3.6.1. Ficha de la sesión 5

Objetivos educativos	Contenido	Técnica	Agrupación	Tiempo	Recursos	Evaluación
Que sepan cubrir las necesidades básicas pediátricas	Conocimientos sobre higiene, descanso, y control pediátrico.	Expositiva	GG	20'	Expositor Powerpoint Hojas Bolígrafos	Cuestionario final
Que adquieran habilidades para la higiene de los recién nacidos	Conocimientos sobre la piel del recién nacido	Desarrollo de habilidades	GG	20'	Muñecos Bañeras Jabón Esponja Cremas	Cuestionario final
Que adquieran conocimientos sobre primeros auxilios	Conocimientos sobre primeros auxilios	Desarrollo de habilidades	GG	20'	Botiquín básico Hojas Bolígrafos Muñecos	Cuestionario final

7.4. Sistema de evaluación

La evaluación será a través de un cuestionario que se entregará al final de la Sesión 5: Mi bebé. Este cuestionario contara con preguntas abiertas sobre el desarrollo del

proyecto en dónde podrán expresar sus opiniones en cuánto a lo mejor, lo peor y lo que modificaría y/o incluirían en cada una de las sesiones. (Anexo 10.3.)

8. Conclusiones y prospectiva

El embarazo es un estado único en dónde la mujer experimenta el crecimiento interior de su propio hijo. Este, sobre todo a las adolescentes, hace que crezcan en ellas temores y miedos sobre su vida presente y futura. La adolescencia, reafirmando las líneas de mi proyecto, es una etapa de la vida donde crecen y se forman como personas, la maternidad se encuentra lejos de los pensamientos de las jóvenes. Es común, por tanto, el embarazo no deseado; por ello, insisto en una intervención multidisciplinar y no abandonar a las futuras madres adolescentes.

Tras la revisión bibliográfica y las entrevistas con diferentes profesionales me ha dado cuenta de la cantidad de sesgos que existen sobre el tema. Es cierto que los embarazos adolescentes han disminuido, pero, con ellos a incrementado el número de abortos en estos últimos años. Es una llamada de atención de diferentes cuestiones como:

- ¿Existe un conocimiento veraz de la sexualidad entre los adolescentes?
- ¿Existe un uso adecuado de métodos anticonceptivos?
- ¿El nivel socioeconómico influye en los embarazos? ¿No pueden abortar por falta económica?
- ¿Diferenciación de etnia en las estadísticas de embarazos y abortos?

La bibliografía sobre las consecuencias adversas desde el punto de vista biopsicosocial, reclama la atención por parte de la profesión de enfermería. Una buena enfermera es aquella que no se queda en lo básico, lo justo, lo mediocre... Una buena enfermera es aquella que cuida de todos los niveles de la persona. Tenemos la oportunidad de conocer y abordar todos los aspectos de la vida y ver la salud como un estado de completo de bienestar físico, psíquico y social.

Actualmente, sólo existen investigaciones y protocolos para realizar una prevención primaria, es decir, desde antes de que los adolescentes inicien relaciones sexuales. La comunidad reclama una educación sexual en los medios escolares y sanitarios. Desde el punto de vista escolar ¿Cuántos colegios ofrecen una buena educación sexual? y desde el sanitario... ¿Cuántos profesionales, de verdad, han hablado abiertamente sobre temas de sexualidad con ellos? Sabemos que a ninguna persona le gusta acudir al

médicos suelen asociarlos a la afección por alguna enfermedad y además sí se le suma ser adolescente acudir a las consultas no es algo que entre en sus planes. Como profesionales de la salud tenemos que aprovechar la última consulta pediátrica regulada, la de los 14 años, para hablar sobre estos tipos de temas y realizar las recomendaciones pertinentes a cada caso. El establecimiento de la confianza entre paciente y enfermera es esencial, según los resultados de la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual nos dan la oportunidad de trabajar muchos aspectos ya que el centro de salud es el lugar donde acuden la mayoría de los adolescentes cuando tienen preocupaciones sobre su sexualidad.

España no es el país que tenga más prevalencia los embarazos adolescentes, por lo que en futuro, me encantaría poder llevar este proyecto a los lugares más necesitados sobre este aspecto. Actualmente, la mortalidad materna por causas del embarazo y parto son la primera causa de muerte en los países en desarrollo...requiere nuestra atención y actuación.

La verdad es que, a lo largo del desarrollo hay muchas preguntas que me hubiese gustado contestar y veo temas a desarrollar de futuras investigaciones.

- ¿Repetición de embarazo adolescente en las familias?
- ¿Qué pasa con las mujeres de diferente etnia dónde el embarazo a esas edades se consideran normal? ¿Están adaptados los programas de prevención y control prenatal a estas etnias?
- ¿Qué pasa con el padre adolescente?

9. Reflexión antropológica

En la situación de embarazo en la adolescencia la enfermería debe tener en cuenta una serie de normas éticas para poder realizar una adecuada intervención al individuo. Para ellos, he desarrollado los principios principialistas acorde a diferentes circunstancias que se pueden llegar a dar.

Principio de respeto a la autonomía: este principio hacer referencia a la toma de decisiones de forma autónomica que hacen los individuos, en este aspecto y siguiendo las líneas de mi trabajo podría estar alterado en varios casos como:

- Quedarse embarazada cuando no ha sido por decisión propia sino de una forma inesperada.
- Realizar un aborto por coacción de los padres
- Realizar un aborto por decisión de la niña y, por tanto, no respetaría la vida del no nacido.

Principio de no-maleficencia:este principio obliga a no dañar intencionadamente a los demás. Como profesionales de la salud tenemos que evitar producir daños y/o complicaciones tanto a la futura madre como al futuro hijo. A su vez, debemos enseñar un autocuidado materno para evitar el maltrato fetal, que por la revisión es común en los adolescentes.

Principio de beneficencia: este principio va enlazado con el anterior a la hora de procurar hacer el bien a nuestros pacientes. Lo bueno de la Atención primaria es que las enfermeras tienen su propio cupo de pacientes a los cuales debemos ofrecer el mayor bien a ellos y realizar una práctica buena, especializada e individualizada.

Principio de justicia:este principio hace referencia a ofrecer una atención sanitaria igualitaria a todos los individuos sin importar la etnia, el nivel económico y social. A su vez, debe ser de la misma forma para la aplicación de los recursos sociales y sobre todo para aquellas jóvenes que se encuentran en riesgo social. A la vez que ofrecemos una

práctica sanitaria, tenemos que asegurarnos que esa madre y ese niño tengan un futuro mejor.

Para finalizar, me gustaría hablar sobre enfermeras que hicieron historia por sus logros conseguidos y que hoy en día gracias a ellas nuestra profesión se ha convertido en un pilar muy importante para la sanidad.

Quiero destacar la figura de Lavinia Lloyd Dock por su incansable lucha para lograr que la enfermera se reconociera como profesional y tuviese derecho a la práctica independiente. Lavinia, además de su compromiso con la lucha por la igualdad de la mujer, se significó como enfermera de Salud pública por su visión del cuidado, de la responsabilidad social y del bienestar holístico de todos los individuos. Tenemos que continuar con su legado y fomentar a los profesionales enfermeros la práctica de los cuidados desde una perspectiva global y no como una situación aislada.

10. Anexos

10.1. Folleto “Cuidate”

Cuídate



CONSULTAS PRENATALES



Primeras semanas

12 semana

16 semana

20 semana

24 semana

28 semana

32 semana

36 semana

38 semana

39 semana

Llevar un control durante el embarazo mejora tú salud y la de tú bebé...

Alimentación completa y variada

Aumenta en tú dieta alimentos:

Ricos en hierro: carnes rojas, frutos secos, huevos, lentejas, espinacas, soja.

Ricos en ácido fólico: espárragos, espinacas, aguacates, tomates, fresas, plátanos.

Ricos en yodo: pescados.

Ricos en calcio: lácteos pobres en grasas (desnatados y semidesnatados).

Consume frutas, verduras, pan integral, arroz, pasta y legumbres.

Consume regularmente **pescado azul** y **aceite de oliva** : aportan ácidos grasos esenciales.

¡ ESTAR EMBARAZADA NO SIGNIFICA COMER POR DOS !

Haga las **5** comidas diarias **Mejor** cocidos, al vapor y al horno

Limita rebozados, precocinados, enlatados y frituras

Aumenta alimentos **ricos en fibra**

Evita consumir...

- Alimentos grasos de origen animal
- Bollería industrial
- Bebidas estimulantes: té, café, alcohol y bebidas con gas

No comer carne cruda o curada

Es importante una postura adecuada...

Descansa... Evita estar de pie durante mucho tiempo

Al agacharte... **¡ dobla las rodillas !**

Cuando camines mantén la **espalda recta**

Al dormir recuéstate sobre tu **lado izquierdo...** i favorece la oxigenación de tú bebé!

Sal a pasear... haz yoga... apúntate a clases de baile...

¡ El ejercicio moderado mejora tú bienestar !



10.2. Folleto “Niño sano”



NIÑO SANO

Edad	Profesional
> 7 días	Enfermera
1 mes	Pediatra
2 mes	Enfermera/Pediatra
4 mes	Enfermera
6 mes	Enfermera/pediatra
1 año	Enfermera
18 meses	Enfermera
2 años	Pediatra
4 años	Enfermera
6 años	Enfermera/pediatra
9 años	Enfermera
12 años	Enfermera
14 años	Enfermera/pediatra (2)

CONTENIDOS DE LAS CONSULTAS

Valoración de:

- Peso y Altura
- Introducción de alimentos
- Exploración física
- Desarrollo social
- Desarrollo psicomotor

**Vacunas
Consejos e
Información**





Introducción de alimentos

0 a 6 meses: su alimentación está completa con la lactancia materna o artificial ¡ Es a **demanda** !... aunque no hay que dejar pasar más de **3 horas** sin comer

A partir de los 6 meses → Inicio de la alimentación complementaria:

- Deben estar triturados, a partir de los 8 meses la textura puede ser más gruesa
- Inicio de cereales sin gluten. El gluten (trigo, cebada, centeno y avena) en pequeñas cantidades.

PÚRES

- Cocer la verdura y triturar con el caldo con una cuchara de aceite de oliva
- Comenzar primero con carne magra: pollo (sin piel), pavo, conejo

- **SIN SAL**

FRUTAS

- Mejor fresca de temporada, variada y madura
- No dar más de 120-180ml de zumo al día, ni dar en biberón

PESCADO, LEGUMBRES Y HUEVO

- El pescado blanco es más suave y se digiere mejor
- El pescado azul es bueno para el desarrollo neurológico y visual
- Cuidado con las legumbres, introducir gradualmente
 - Huevo: primero la yema y luego la clara

A partir de los 12 meses → Introducción de alimentos lácteos:

- Antes de los 2 años mejor leche entera



Cada 7 días un alimento:

poco a poco...tú bebe necesita acostumbrarse a cada alimento
No condimentes los alimentos, que los **saboree**
Sí ves alguna reacción anormal **acude a tú enfermera**
¡Cuidado con los frutos secos!

10.3. Cuestionario final

“MAMA PRIMERIZA”

Cuestionario final

Educador:

Elena Asenjo Cruz

DE:

Fecha de realización:

A:

Instrucciones

Este cuestionario es una forma de recoger tus opiniones sobre el proyecto dónde has participado. Se divide en 5 apartados relacionados con las diferentes sesiones en donde podréis expresar lo mejor, lo peor y lo que modificarías y/o incluirías de cada una de ellas. ¡Gracias por tus respuestas!

Sesión I: Mi primera vez

Lo mejor de la sesión

Lo peor de la sesión

¿Qué modificarías o incluirías?

“MAMA PRIMERIZA”

Sesión II: Cuídate

Lo mejor de la sesión

Lo peor de la sesión

¿Qué modificarías o incluirías?

Sesión III: ¡Ya llega !

Lo mejor de la sesión

“MAMA PRIMERIZA”

Lo peor de la sesión

¿Qué modificarías o incluirías?

Sesión IV: Bienvenida a la maternidad

Lo mejor de la sesión

Lo peor de la sesión

¿Qué modificarías o incluirías?

“MAMA PRIMERIZA”

Sesión V: Mi bebé

Lo mejor de la sesión

Lo peor de la sesión

¿Qué modificarías o incluirías?

11. Bibliografía

1. A. Areosa Sastre, I. Hernandez Parras, N. Dominguez Garrido, F. Lopez de Castro, P. Sutil Murillo, P. de la Torre Gil. (1998). *¿Hemos de cambiar nuestro punto de vista sobre el embarazo en la adolescencia?* Obtenido de ELSEVIER: www.elsevier.es
2. A. Galán Rebollo. C. Mateos Montero. (2000). *Variables perinatales y desigualdades e salud en un área sanitaria de Cáceres*. Obtenido de Gaceta Sanitaria: www.gacetasanitaria.org
3. A. Gonzalez Hernandez, R. M. Alonso Uria, A. R. Gutierrez Rojas, A. Campo González. (s.f.). *Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido, en un área de salud*. Obtenido de ELSEVIER: www.elsevier.es
4. A.A. Martínez Ques, F. Fernandez Romero. (2007). El compromiso de una pionera con los derechos de las mujeres. Lavinia Lloyd Dock (1858-1956). *Index de Enfermería*.
5. A.C. Guyton. (1988). *Tratado de Fsiologia Médica* (7 ed.). Interamerica. McGraw-Hill.
6. C. Alvarez Nieto, G. Pastor Moreno, M. Linares Abad, J. Serrano Martos y L. Rodriguez Olalla. (2012). Motivaciones para el embarazo adolescente. *Gaceta Sanitaria*.
7. C. Wolff, P. Venezuela, K. Esteffan, D. Zapata. (2009). Depresión postparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. *Revista Chilena de obstetricia y ginecologia*, 151-158.
8. Consejo Superior de Invesitigaciones Cientificas y Universidad Complutense de Madrid. (2011). *Maternidad adolescente en las comunidades autónomas*.
9. Dr. J.R. Issier. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Revista de Postgrado de la Catedra VIa Medicina*, 11-23.
10. Dr. Nancy Williamson. (2013). *Maternidad en la niñes. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. Obtenido de UNFPA: www.unfpa.org.
11. Drs. Angelica Díaz, Pablo Sanhueza R, Sra. Nicoles Yaksic B. (2002). *Riesgos obstetricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstetricos y perinatales con pacientes embarazdas adultas*. Obtenido de SCIELO: www.scielo.cl

12. E. Dorta, J Molina, J.A. Garcia- Fernandez, I. Serra. (abril de 2004). *Gestación adolescente y su repercusión en el recién nacido. Estudio de casos y controles*. Obtenido de ELSEVIER: www.elsevier.es
13. E. Muñoz Gálligo, I. Mattos Guillén, B. Peramo Moya. Departamento de ginecología y Obstetrica. Hospital Universitario Doce de Octubre. (1999). Anticoncepcion y sexualidad en la adolescencia. *Toko- Ginecología Práctica*. Obtenido de ELSEVIER: www.elsevier.es
14. E.G. Sevillano. (3 de mayo de 2014). La "vergüenza" de ir a clase al instituto cuando se está embarazada. *EL PAIS*, pág. 29.
15. *Encuesta Nacional sobre Salud Sexual*. (2009). Obtenido de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: www.mssi.gob.es
16. G. Morris Charles, A. M. (2005). *Psicología*. México: Pearson Educación.
17. G. Romero- Salinas, V. H. Pulido, M. NE. Gutierrez Cárdenas, R. Garcia- Cavazos, M. Torres Cosme, M. Shea, G. Lizaola Diaz, P. Alvarez Gomez. (Noviembre de 2011). *La frecuencia cardiaca fetal en embarazadas adolescentes*. Obtenido de ELSEVIER: www.elsevier.es
18. H. Garcia, A. M. (2003). *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. Madrid: Panamerica.
19. I. Teva, M. P. Bermúdez, M. T. Ramiro. (2014). Satisfacción sexual y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes: evaluación y análisis de su relación con el uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Obtenido de ELSEVIER: www.elsevier.es
20. I. Xóchitl Galicia, B. Martínez Sánchez, D. M. Ordoñez Cervantes y H. A. Rosales Vega. (2013). Relación entre maltrato fetal, violencia y sintomatología depresiva durante el embarazo de mujeres adolescentes y adultas: Un estudio piloto. *Psicología y salud*, 83-95.
21. Instituto Nacional de Estadística. (2011 y 2013). *Interrupción voluntaria de embarazo*. Obtenido de INE: www.ine.es
22. J. Colomer Revuelta, y Grupo PrevInfand/PAPPS Infancia y adolescencia. (2013). Prevención del embarazo en la adolescencia. *Revista Pediatría de Atención Primaria*.
23. J. Macías Seda, J. G. (2001). *Atención al embarazo en riesgo*. ENFOEDICIONES.

24. J. Tomás. (2002).
25. J.Colomes Revuelta y Grupo PrevInf. (2004). Prevención de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Revista pediátrica Atención Primaria*, 617-632.
26. J.G. Fernandez Bustos, I. Gonzalez Marti, O. Contreras, R. Cuevas, Universidad Castilla La Mancha. (2014). Relación ente imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Obtenido de ELSEVIER: www.elsevier.es
27. J.L. Sanchez Suarez, L. Benito Herranz, A. Hernandez Navarro, S. López Palacios, S. Soto Díaz, Paloma Herrero Vanrell, Y. Díaz López, S. Garrido Elustondo, C. Lopez Bilbao, M. Girbes Fontana, C.J. Bermejo Caja, J. Dominguez Bidagor. (1998). *Recomendaciones metodologicas básicas para elaborar un proyecto educativo*. INSALUD.
28. J.M. Moreno Villares. (2014). Consideraciones al tema "Prevención del embarazo en la adolescencia". *Revista Pediátrica Atención Primaria*, 47-49.
29. J.R. Prado, A. M. (2001). *Guía práctica en ginecología y obstetrica*. Madrid: Grupo E. Entheos.
30. M. Dolores Ruíz, R. M. (2003). *Enfermería de la mujer*. DAE, S.L.
31. M. Furones Blanco. (s.f.). *Guía de Enfermería Pediátrica en Atención Primaria*. Madrid: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid.
32. M. Labay Matías, A. L. (2011). Internet, sexo y adolescentes: una nueva realidad. encuesta a jóvenes universitarios españoles. *Revista pediátrica Atención Primaria*, 13:225-32.
33. M. Manrtin- Loeches, E. Ctalá, R.M. Ortí, J. Minguez, J. Rius. (enero de 2002). *Principales factores de riesgo asociados a las gestantes adolescentes de la Comunidad Valenciana*. Obtenido de ELSEVIER: www.elsevier.es
34. M. Martín- Loeches, E. catalá, RM. Ortí, J. Rius. (febrero de 2003). *Analisis epidemiologico de los resultados en las gestantes adolescentes de la Comunidad Valenciana*. Obtenido de ELSEVIER: www.elsevier.es
35. M. P. Bermúdez, A. C.-C. (2010). Análisis de la conducta sexual de adolescentes auctótonos e inmigrantes latinoamericanos en España. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 89-103.
36. M.D. Ruíz, M. R. (2003). *Enfermería del niño y adolescente*. DAE, S.L.

37. M.E. Jadresic. (2014). Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Revista Medica Clinica Los Condes*.
38. M.Z. Guridi Gonzalez, V.F. Pedraza, I. Marquez García, V.T. Dominguez, D.F.Pérez. (2015). Caracterización psicosocial de adolescentes embarazadas atendidas en el área de salud de Calabazar. *Revista Psicologa Científica*.
39. Naciones Unidas. (1994). *Conferencia Internacion sobre Población y Desarrollo*. El Cairo.
40. Observatorio infancia. (2013). *II Plan Estrategico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016*. Obtenido de Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad: www.msssi.gob.es
41. OMS, C. d. (mayo de 2014). *Mortalidad materna*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: www.who.es
42. P. Moreau. (2002). Las madres adolescentes tienen hijos más violentos. *Toko-Ginecología Práctica*.
43. Piaget, J. (2005). *Psicología*. México: Pearson Educación.
44. Prensa del Hospital Universitario La Paz. (11 de febrero de 2014). La Paz abre consultas para patologías de adolescentes y Ginecología Adaptada. *Hospital Universitario La Paz*.
45. R. Del Palacio, J.A. Aguado, P.L. Moreno. (1999). Psicopatología puerperal: detección precoz de la depresión postparto. *Revista Toko-Ginecología Práctica*.
46. R. Martín Pérez. (2005). *Prácticas sexuales y riesgos asociados en la población adolescente-joven. Daros y comentarios*. Obtenido de Comunidad de Madrid: www.madrid.org
47. R.J. Herrera, E. Blanda, S.L. García. (2002). El yo en crisis: embarazo adolescente. *Psicología: teoría e práctica*.
48. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2010). *Recomendaciones para la organizaqion de un servicio en obstetrica y ginecologia*. Madrid: Equium , S.L.
49. T. Silver, P. Castells. (2002). Expresiones de la identidad sexual y la sexualidad adolescente. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 61-76.
50. T.L. Beauchamp, J.F. Childress. (1979). *Principios de ética biomédica*.

