PARANINFO DIGITAL
MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
ISSN: 1988-3439 - AÑO IX – N. 22 – 2015
Disponible en: http://www.index-f.com/para/n22/148.php

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.
Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en **FORO I+E *"Impacto social del conocimiento"* - II Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería – II Encuentro de Investigación de Estudiantes de Enfermería y Ciencias de la Salud**, reunión celebrada del 12 al 13 de noviembre de 2015 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Efecto de un programa de apoyo a la embarazada adolescente en la lactancia materna**

Autores María Teresa *Aragón Núñez*, Inmaculada *Cubillas Rodríguez*, Inmaculada *García Rojas*
Centro/institución Hospital Materno Infantil
Ciudad/país Málaga, España
Dirección e-mail maiteabril@hotmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

1.- Antecedentes

La lactancia materna (LM) es la forma ideal de aportar a los RN los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. La OMS (Organización Mundial de la Salud) recomienda la lactancia materna exclusiva (LME) durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más.[1-2]

La leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida. Promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad. La lactancia natural contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, incrementa los recursos de la familia y el país, es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente.[1]

La lactancia materna es a la vez un acto natural y un comportamiento que se aprende. Abundantes investigaciones demuestran que las madres u otras cuidadoras necesitan un apoyo activo para instaurar y mantener un amamantamiento adecuado. En 1992, la OMS y el UNICEF pusieron en marcha la Iniciativa "Hospitales amigos del niño" con la idea de favorecer la lactancia natural ayudando a las mujeres a ejercer el tipo de maternidad que lo propicia. Esta iniciativa está contribuyendo a que la lactancia natural exclusiva gane terreno en todo el mundo. Combinada con medidas de apoyo en todos los eslabones del sistema de salud, puede ayudar a las madres a mantener este modo de alimentación.[1-2]

El amamantamiento es una experiencia satisfactoria tanto para la madre como para el hijo por el contacto piel con piel que se produce entre ambos, la madre es extraordinariamente sensible durante la lactancia y su mayor preocupación gira en torno a la alimentación y cuidado de su hijo.

Sin embargo, en las madres adolescentes, debido fundamentalmente a la etapa de la vida que están viviendo, al desconocimiento y falta de experiencia, toda esta situación les provoca "angustia", les sobrepasa, afectando a la crianza de sus bebés.[3]

2.- Estado actual del tema

En el Hospital Materno Infantil de Málaga, (Hospital de Referencia) donde desempeñamos nuestra labor como matronas atendemos cada año a un número importante de embarazadas adolescentes. Nos parece observar que el establecimiento así como la duración de la LME es baja con respecto a la mujer adulta. Buscando información al respecto encontramos diferentes estudios que confirman nuestras sospechas;

Encontramos diversos estudios que relacionan las características de la madre adolescente con bajas tasas de LME, así como de control prenatal y otros. Entre estas caractarerísticas encontramos que:

- Se trata de una mujer joven, que necesitaría vivir la adolescencia como una etapa más de su vida, ya que la maternidad temprana no la hace mujer adulta; no está preparada, en un corto tiempo debe lograr importantes metas, asumir su sexualidad, su salud reproductiva, autocuidado, relaciones afectivas con la familia, con su pareja, con su hijo. Son tareas y desafíos que las jóvenes nunca han abordado y llevan a estas madres adolescentes a sentirse recargadas de trabajo y con una carga emocional muy fuerte, lo que constituye un gran riesgo para la lactancia materna.[3]
- En las adolescentes es frecuente que los embarazos se presenten como un evento no deseado o no planificado con una relación débil de pareja, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, lo que provoca un control prenatal tardío o insuficiente.[4, 5]
- La gestación irrumpe en la vida de estas jóvenes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.[4,6]
- Las condiciones de una mujer para generar un buen "apego" se van produciendo desde su infancia, influyendo positivamente los juegos con muñecas, la visualización de un embarazo de su madre, hermana mayor o pariente. Una vez es adulta, son importantes la planificación, confirmación y aceptación del embarazo, condiciones que no se dan en las madres adolescentes. Estas madres se encuentran en un período de cambios biológicos, psicológicos y sociales, en un período de búsqueda de ¿quién soy?, en donde

se definen los rasgos de la personalidad; existe inestabilidad emocional, inmadurez y donde el grupo de amigos es lo más importante.[5]
Muchas veces los hijos no son deseados, cuestión que resulta fundamental para amamantar, criar y educar a un hijo.
Todas estas razones podrían explicar en cierta medida por qué muchas madres adolescentes no logran LME durante seis meses.

También encontramos otras investigaciones que ponen de manifiesto la baja tasa de lactancia materna ente las mujeres jóvenes:
Un trabajo llevado en 2002 reportó que la población adolescente tiene frecuencias de iniciación de lactancia de solamente un 28%[7]. Este resultado es acorde al obtenido por Baisch y colaboradores[8] quienes informan que de 128 madres adolescentes que participaron en su estudio, 32.4% lactó exclusivamente al seno materno, y 29% continuó con la lactancia de dos a cinco meses.[9]
Otra investigación llevada a cabo mostró que las adolescentes lactan menos y dan más fórmulas que las adultas.
Las adolescentes no embarazadas y embarazadas tienen actitudes positivas y negativas sobre la lactancia, que pueden influenciar en la toma de decisiones para lactar que parecen ser propias de su nivel social y de desarrollo. En el estudio se observó que los factores sociodemográficos no influyeron en la lactancia. La causa principal de abandono fue la baja producción de leche percibida por las adolescentes.[10]
En otro trabajo realizado se halló que en las menores de 20 años ocurría el destete precoz en el 75 % de los niños y que el nivel de información sobre las ventajas de la lactancia y la leche materna antes del embarazo era muy deficitario.[11]
En la investigación llevada a cabo por Prendas y colaboradores encontramos que la poca preparación y la inmadurez propia de la etapa de la adolescencia muchas veces determinan el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva por estas madres. En este estudio se concluye que la mayoría de las madres abandonaron la lactancia materna exclusiva entre 1 y 4 meses, y que los factores maternos que se asociaron con frecuencia al abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los 4 meses fueron la edad menor de 20 años, madre estudiante, nivel de escolaridad primario y la primiparidad, teniendo en cuenta que estos últimos factores suelen asociarse además a ser madre adolescente.[12]
En un estudio realizado sobre factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna se encontró que efectivamente el hecho de abandonar la lactancia materna fue más frecuente en las menores de 20 (71.4%) y no abandonaron el 28.6% de estas menores.[13]
En un trabajo realizado en Argentina la LME llegó al 6º mes en 25% de menores de 20 años[14], en otro se obtuvo que el 26.7% de las mujeres con hijos dio lactancia materna durante menos de seis meses[15] mientras que en el estudio de Gómez se nota un incremento en la práctica de la LME, en donde el 39.4% lactó 6 meses y el 9.8% lactó más de 6 meses[13], contrario a otro estudio realizado, en donde la edad (ser muy joven) influye de forma inversa en la continuidad de la lactancia materna puesto que se observa que con respecto a las mujeres que continúan con lactancia materna a los 15 días y posteriormente, las menores de 20 años dieron menos lactancia materna[16] coincidiendo con otras investigaciones realizadas.[17,18]

Varios estudios muestran que si las adolescentes reciben adecuada educación sanitaria y/o apoyo familiar son capaces de afrontar de forma satisfactoria su embarazo, crianza y en particular su lactancia materna.
Se realizó un estudio cuyo objetivo era demostrar la influencia que ejercía la educación sanitaria en las madres que lactaban, actuando sobre la madre y la familia.

Estas adolescentes recibieron información durante 30 min. Aproximadamente, cada 15 días, conjuntamente con sus familiares, con frecuencia de 10 temas, y al final a cada una de ellas se les realizó un cuestionario (el mismo que se había realizado al inicio). Encontraron que el 78,58 % de estas 56 embarazadas alimentaron a sus hijos exclusivamente con pecho y el 3,57 % solamente de forma artificial. Los lactantes con lactancia mixta representaron el 17,85 %. Los resultados satisfactorios encontrados sobre el comienzo de la lactancia materna lo antes posible después del nacimiento, aun antes de recibir el curso se explica porque de una manera u otra la educación sanitaria con respecto a la lactancia materna exclusiva llega a las madres adolescentes. El elevado número de respuestas correctas después de recibir el curso, refleja que, efectivamente, el impartir sistemáticamente la educación sanitaria influye en la población.

A raíz de este estudio el autor concluyó que la educación sanitaria debe ser un pilar fundamental a tener en cuenta para el éxito de la LME.[19]

Otro trabajo llevado a cabo en 2008 reportó una tendencia a lactar más alta en las adolescentes que lo citado en la literatura internacional.

Este comportamiento puede explicarse por influencia del programa institucional de apoyo a la lactancia, en el cual fueron incluidas las adolescentes. Mensualmente las jóvenes recibían orientación, se les enseñó técnicas de amamantamiento, los beneficios de la lactancia y manejo de complicaciones así como resolución de dudas sobre el recién nacido y lactancia.[9]

Uno de los estudios más recientes también concluye en estos mismos resultados, mostrando que el inicio de la LM se ve favorecido por el apoyo del personal de salud. Esta investigación además obtuvo que los momentos de mayor impacto para brindar información a las madres sobre alimentación natural fueron el control prenatal y la hospitalización para el parto, lo cual presupone que la mejor receptividad se da en estos escenarios que deben ser priorizados.[13]

Además, estudios han concluido que con respecto al apoyo de la lactancia materna el tiempo aumenta en las mujeres que recibieron educación sanitaria y apoyo por parte del personal de salud.[15,20] Datos que concuerdan con los resultados de otra investigación en donde el 75.3% recibieron información sobre Lactancia materna por parte del personal (médico y enfermera) de las instituciones de salud y un 63.3% por parte de la familia.[13]

Es importante tener en cuenta que con respecto a las personas que recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del niño, las instituciones, el personal de salud y la familia se convierten en los pilares fundamentales [20] como lo muestran los resultados del estudio.[13]

Tiene un interés especial el comprobar que el haber recibido información sobre lactancia materna directamente de los profesionales de salud durante la gestación aparece de forma constante en el tiempo como un factor con entidad propia, independiente del resto de factores.

Lo anterior demuestra la influencia positiva de la promoción de la lactancia materna desde el ámbito sanitario.[21, 22]

Finalmente en un último estudio encontramos que la lactancia materna exclusiva de seis meses alcanzó a un 56,6% en madres adolescentes donde lo logrado se debe a una continua realización de talleres educativos a embarazadas adolescentes por integrantes del equipo de salud.[3]

3.- Justificación

Después de realizar una revisión sobre el tema encontramos que las adolescentes embarazadas tienen unas características que las hacen especiales[3,4,5] y por ello necesitan de una atención especializada.

Por otro lado corroboramos también nuestra sospecha de bajas tasas de lactancia materna en madres adolescentes por diferentes causas como: hijos no deseados[3], falta de conocimientos e inmadurez, primiparidad, estudiante y nivel de escolaridad primario[12] y baja producción de leche percibida por la madre.[9]

Es nuestra intención mejorar esta situación ya que creemos que la LME es la mejor forma de alimentación para los Rn. Y tanto la madre adolescente como su hijo merecen beneficiarse de las ventajas de este tipo de alimentación[1]. Sobre todo teniendo en cuenta la situación de desventaja en la que se encuentran con respecto a la mujer adulta, ya que la madres adolescentes comparadas con las madres adultas tienen menos probabilidad de iniciar y mantener la lactancia materna.[7-12]

Observamos en algunos estudios que una educación maternal dirigida específicamente para la embarazada adolescente, donde se impartan conocimientos sobre lactancia materna[15,19,20] así como un apoyo directo por parte de los los profesionales de las instituciones sanitarias[13] influye positivamente en el aumento de las tasas de LME.

Parece justificado por tanto que la madre adolescente reciba una atención especial por parte del profesional sanitario para afrontar de forma satisfactoria su embarazo, crianza y en particular su lactancia materna.

Se precisa del asesoramiento y apoyo familiar y de las instituciones de salud para que el amamantamiento sea una experiencia satisfactoria tanto para la madre adolescente como para el hijo favoreciendo no solo el contacto piel con piel que se produce entre ambos, sino porque la madre es extraordinariamente sensible durante la lactancia y prioriza sus demandas sobre las necesidades y cuidados de su hijo.

Es por este motivo que nos planteamos realizar un proyecto de apoyo centrado exclusivamente en adolescentes embarazadas teniendo en cuenta las características especiales de estas madres. Un proyecto de apoyo que incluye una educación maternal, donde trataremos de dar a conocer las ventajas de la lactancia materna así como transmitir los conocimientos necesarios para conseguir una LME eficaz, y un apoyo personalizado por parte de un profesional cualificado, en este caso la matrona, durante la etapa de postparto. Creemos que ofreciendo información y apoyo por parte de profesionales cualificados, conseguiremos aumentar la lactancia materna en las madres adolescentes.

4.- Objetivos

4.1.- Objetivos Generales

-. Conocer la relación que existe entre la participación de las embarazadas adolescentes en el Proyecto, a través del programa que hemos creado, con el tipo de lactancia materna (exclusiva, mixta, artificial), a los seis meses y al año de vida del Rn.

-. Aumentar los conocimientos sobre el proceso de embarazo, parto, puerperio y lactancia en las madres adolescentes que realizan el programa de educación maternal creado para ellas.

4.2.- Objetivos específicos

-. Promoción de la LME. Reconocer las ventajas de la lactancia materna. Cuidados de las mamas.
-. Prestar apoyo profesional durante todo el proceso, mediante la atención grupal y personalizada para apoyar la LME.
-. Adquisición de hábitos de vida saludable y de habilidades básicas que permitan afrontar el puerperio, la lactancia materna y la crianza de su bebé de la manera más óptima.
-. Ofrecer a la mujer y su acompañante, la información y atención necesaria que facilite su adaptación en el proceso de cambio en esta etapa de la vida, favoreciendo el óptimo desarrollo del embarazo y la vivencia positiva de la LME.
-. Adquisición de conocimientos sobre las modificaciones debidas a la gestación y los cuidados a seguir, identificando y disminuyendo los miedos y ansiedades generados por la gestación y el parto

5.- Plan de trabajo

5.1.- Tipo de estudio
El tipo de estudio planteado es un estudio analítico, de cohorte y prospectivo.

5.2.- Muestra
La población de estudio estará formada por todas aquellas gestantes adolescentes (menores de 17 años) que acuden al hospital de referencia para finalizar la gestación durante 1 año.
Se seleccionarán dos grupos:
a) El grupo expuesto a la educación maternal especifica para adolescentes, conducido por las matronas participantes de este proyecto, que reúne los siguientes criterios:

- Realización mínima de 7 clases del programa de educación maternal, el cual comprende 10 sesiones.
- Realización de las clases específicas de lactancia.
- Recibir la visita puerperal por parte de la matrona en los 5 primeros días postparto. Este profesional reforzará los conocimientos de lactancia e identificará la aparición o no de alguna dificultad. En caso de que identificara algún problema con la lactancia realizaría el asesoramiento necesario para resolverlo.
- Realizar un cuestionario de evaluación de conocimientos previo a la educación maternal y posterior a la misma.
- Finalización de la gestación a término (37-42 semanas).
- Embarazo normal.

b) El grupo no expuesto a la educación maternal específica para adolescentes que reúne los siguientes criterios:

- No participar en el proyecto de apoyo. No han sido captadas o no han querido participar.
- Finalización de la gestación a término (37-42 semanas).
- Embarazo normal.

Ambos grupos serán homogéneos en cuanto a variables sociodemográficas y obstétricas.
Se solicitará la autorización de la dirección médica del Hospital de referencia.

El Proyecto se realizará previo consentimiento informado de los sujetos de estudio.

5.3.- Variables sociodemográficas y obstétricas de interés para nuestro estudio

- Variables sociodemográficas:
  - Edad.
  - Nivel de estudios: Ninguno, Primarios, Secundarios.
  - Situación laboral: empleada, desempleada.
  - Pareja: sí/no
  - Apoyo familiar: madre, padre, otros.
  - Residencia

- Variables obstétricas:
  - Paridad: nuliparidad, se trata de su primer parto. Multiparidad, ya ha parido alguna vez y por tanto tiene alguna experiencia que acompañe a los conocimientos adquiridos durante la educación maternal.
  - Semanas de gestación.
  - Embarazo normal.
  - Embarazo deseado o no.
  - Contacto piel con piel en las primeras dos horas posteriores al parto entre la madre y el Rn. El contacto precoz favorece la lactancia materna.[24]
  - Modo de finalización del parto. Eutócico: finaliza sin ninguna intervención. Instrumental: es necesario la utilización de fórceps, vacuo o espátulas para su finalización. Cesárea: intervención quirúrgica para finalizar el parto vía abdominal. El tipo de parto puede ser relevante para la realización del contacto piel con piel durante las primeras horas de vida del Rn.
  - Acompañamiento durante el puerperio inmediato. Creemos que puede ser significativo que la persona que acompañe durante el puerperio inmediato, período clave para la instauración de una lactancia eficaz, sea la misma persona que ha acompañado a la embarazada a las clases de lactancia.
  - Apgar del RN: valoración del estado físico del RN que se realiza al minuto y a los cinco minutos de vida y que se basa en la puntuación de cinco factores que reflejan la capacidad del niño para adaptarse a la vida extrauterina. Se puntúa de 0 a 10. La puntuación obtenida en esta escala puede influir en los cuidados inmediatos que recibe postparto, los cuales pueden interferir en el inicio de la lactancia.

5.4.- Procedimiento

5.4.1- Captación

Las participantes del grupo que recibirán la educación maternal específica para adolescentes serán captadas desde los centros de salud del área hospitalaria correspondiente y desde la consulta de urgencias de dicho hospital de referencia. En los centros de salud será la matrona desde la consulta de embarazo quien identifique a las adolescentes que acuden a control de embarazo. También el médico de familia podrá identificar a las mismas cuando acudan a su consulta por cualquier motivo. Desde las consultas de urgencias del hospital de referencia se captaran a las adolescentes que se identifiquen como embarazadas.

Todos estos profesionales estarán informados de la existencia de dicho programa. Informarán a las adolescentes de la posibilidad de adherirse al mismo y recogerán su número de teléfono para poder localizarlas. Posteriormente nos pondremos en contacto personalmente vía telefónica con la adolescente para informarle sobre el proyecto y

realizar su captación. Se la citará previamente al inicio de las sesiones, en una consulta, para informarla sobre el programa y realizar el consentimiento informado para la participación en el proyecto.
La muestra del grupo no expuesto a la educación maternal específica para adolescentes estará formada por aquellas madres adolescentes que no hayan recibido la educación maternal, bien porque no hayan querido participar a pesar de haber sido localizadas e informadas o bien porque no han sido identificadas en ningún momento. Estas últimas serán localizadas a través del Libro de partos del Hospital de Referencia, donde se realiza un registro de todas las mujeres que paren anualmente en el hospital.

5.4.2. Variables del estudio: dependientes/independientes
Independientes:
-.Proyecto de apoyo a las adolescentes embarazadas formado por la educación maternal y visita postparto.

Dependientes:
-.Tipo de lactancia materna a los seis meses y al año: exclusiva, mixta o artificial
-.Conocimientos adquiridos tras la asistencia a la educación maternal.

5.4.3.- Recogida de datos.
La recogida de los datos se realizará mediante:
-.Libro de Partos del hospital de referencia. En este registro identificamos a todas las embarazadas adolescentes que han dado a luz durante el período de estudio. -.Para recabar las variables sociodemográficas, datos obstétricos de interés en nuestro estudio se consultará el libro de partos y se solicitará la historia clínica a documentación en los casos que sea necesario.
-.Para conocer los datos a cerca de las tasas de LM a los 6 mese y al año se contactará telefónicamente con las madres y se les preguntaría directamente.
-.Para valorar si el programa a nivel teórico ha sido eficaz se propone pasar un cuestionario previo al programa, (se realizaría en la primera sesión del programa) y el mismo cuestionario en la última sesión del programa de educación maternal. De esta manera comprobaríamos si ha habido adquisición de los conocimientos propuestos.

5.4.3.-Análisis estadístico
Los datos obtenidos se introducirán en el programa estadístico SSPS/Statistical Packcage for the Social Science) para su análisis.
El análisis estadístico se realizará con índices de estadística descriptiva para el análisis de los datos y el riesgo relativo.

5.4.4.- Recursos Humanos
-.Profesionales de atención primaria (matrona, médico de familia) y atención hospitalaria (ginecólogos, matronas, residentes), que realizan el primer contacto con las adolescentes.
-.La matrona responsable del grupo de educación maternal. Se podrán crear varios grupos de educación maternal dependiendo del número de adolescentes embarazadas que participen.

5.4.5.- Recursos Materiales:
-.Espacio físico adecuado para el trabajo en grupo, mobiliario (sillas, mesa, pizarra,…).

-.Recursos audiovisuales (televisión y video o DVD, ordenador y cañón, retroproyector,…).

-.Colchonetas, pelotas de fitball, maqueta de la pelvis y muñeco anatómico.

-.Material de oficina: folios, bolígrafos, fotocopias, etc.

-.Hardware y software: PC y programas informáticos, impresora, conexión a internet.

5.5.- Organización del programa

Todos los/las profesionales de atención primaria y especializada deben ser capaces de informar y orientar a las parejas sobre la importancia de acudir a las sesiones de educación maternal. Un elemento de suma importancia para la salud es poder mantener un comportamiento activo, respecto al mantenimiento de ésta, en condiciones óptimas. Las sesiones educativas permiten proporcionar los conocimientos necesarios, fomentar actitudes positivas y desarrollar habilidades que permitan la toma de decisiones con respecto a la maternidad y a la paternidad, de forma libre, responsable y saludable.

A lo largo de las sesiones educativas es importante fomentar actitudes que favorezcan la autonomía personal, la aceptación de sí misma (cambios físicos en el cuerpo y su adaptación), pedir ayuda y compartir los cuidados y responsabilidades, tiempo para sí mismas y valoración, disfrute y cuidado del propio cuerpo.[23]

El inicio de las sesiones educativas será antes de la 20 semana de edad gestacional, con un total de 10 sesiones. Los grupos serán cerrados, incluyendo a mujeres con edad de gestación similar. El tamaño debería estar entre 15 y 20 mujeres por grupo, y el horario dependerá de la demanda y de la disponibilidad de las/os profesionales, teniendo en cuenta que se facilitará la mayor cobertura posible. Se fomentará la participación de la pareja, o persona de apoyo de la gestante, que deberán acudir con ropa cómoda para la realización de los ejercicios prácticos.

Las sesiones tendrán un orden cronológico, se desarrollaran en el centro de salud, en un espacio físico adecuado.

Las sesiones serán teórico-prácticas y se distribuirá:

• Ejercicio físico: higiene postural y ejercicios que favorezcan la elasticidad, la circulación sanguínea, el drenaje, el fortalecimiento del suelo pélvico... Duración de 10-15 minutos.

• Ejercicio teórico-práctico de las técnicas de respiración. Duración entre 10-15 minutos.

• Exposición teórica de los contenidos con una metodología variable. Duración entre 50-60 minutos, incluyendo el coloquio-debate.

La Primera sesión se realizará entre las 15- 20 semanas, posteriormente se realizarán una sesión cada semana desde la semana 27 a la 37, con un total de 10 sesiones.

El contenido de las sesiones es el que se muestra a continuación:

1. Refuerzo del autocuidado, alimentación y ejercicio

Es importante que tanto la mujer y/o su pareja expongan sus dudas, incertidumbres y expresen sus temores y expectativas ante esta nueva situación y mejoren sus conocimientos sobre cuidados prenatales .

Informar sobre los cambios físicos y psicológicos que van a ocurrir, así como las manifestaciones clínicas y cuidados durante la gestación. Los controles a realizar durante el embarazo y los recursos de los que disponen.
Dar a conocer el desarrollo embrionario y fetal.
Hábitos de vida saludables que deben mantener relacionados con la alimentación, sueño y descanso, ejercicio e higiene postural, masaje perineal (a recordar en semana 34).

2. Preparto; signos y señales de parto. alivio del dolor

Identificar y disminuir los miedos y ansiedades generados por la gestación y el parto. Informar sobre los signos de preparto, pródromos, primeros cambios de las contracciones sobre el cuello del útero, flujo vaginal viscoso (tapón mucoso, manchado), pérdida de líquido amniótico por la vagina (rotura prematura de membranas, color del líquido amniótico). Contracciones irregulares, características , frecuencia e intensidad de las mismas. Falso trabajo de parto. Papel de las hormonas durante este período (oxitocina/adrenalina). Período de dilatación cervical, mitos y expectativas..
Motivos para acudir de forma urgente al hospital; sangrado abundante, fiebre, visión borrosa, color del líquido... etc.
Abordaje del dolor en el parto. Métodos farmacológicos y no farmacológicos. (epidural, masaje, cambios posturales, agua..) Reforzar que las actitudes positivas favorecen una mayor predisposición al avance del parto.
Se explicará la técnica del masaje lumbar para aliviar el dolor, y se hará hincapié en las técnicas de respiración.
Reforzar aspectos psicológicos y cuidados durante el parto y papel del acompañante y de la familia en este proceso.

3. Nacimiento y parto

Puede ofrecerse, de modo opcional, realizar una visita a la maternidad de referencia.
Conocer la estrategia recomendada por la OMS. de Atención al Parto Normal. Conocer el plan de parto y elaborarlo de manera que promovamos la participación activa en el mismo.
Tipos de parto (espontáneo, inducciones, eutócicos, instrumentales, cesáreas). Las fases del parto y alumbramiento.
Conocer la actuación de los profesionales sanitarios y los procedimientos hospitalarios que nos vamos a encontrar.
Informar de las posiciones para la dilatación, expulsivo, y alumbramiento. Entrenamiento en la realización de los distintos tipos de pujos
Reforzar la importancia del contacto precoz madre-Rn.

4. El puerperio; precoz, tardío y la vuelta a casa.

Adquirir conocimientos sobre los cambios de la mujer durante el puerperio. Adquirir habilidades para los cuidados básicos en el puerperio, Reconocer los signos de alarma asociados a esta etapa (sangrado, fiebre..). Cuidados de la episiotomía y/o desgarro. Aspecto normal de loquios.
Importancia del contacto madre-Rn e inicio de la lactancia.
Incluir al padre (o persona de referencia) en los cuidados de la madre y del Rn.
Informar sobre la primera visita puerperal que realizará la matrona .
Ejercicios de recuperación postparto del suelo pélvico y general.
Gestión de la familia y las visitas domiciliarias.

5. El vínculo afectivo. lactancia materna 1

Vínculo afectivo y roles de Género. Reconocer los cambios psicológicos tras el parto, Valorar el apoyo familiar en la nueva situación. Reconocer la importancia del significado de la paternidad y maternidad. Reconocer la formación de los vínculos de apego.

Es muy importante que en esta clase y la siguiente acudan con el familiar que va a acompañar durante el postparto, para que sirva de apoyo durante la instauración eficaz de la lactancia.

Apoyar la decisión de la mujer respecto a la lactancia. Mitos y falsas creencias sobre la lactancia materna (no tengo leche, se queda con hambre, comer por dos...), desmitificarlas y razonarlas.

Anatomía y fisiología de la mama, características y composición de la leche materna, calostro. Reconocer las ventajas de la lactancia materna tanto para la madre como para el Rn. Conocer el autocuidado de las mamas. Identificar los signos de alarma.

6. *Lactancia materna 2*

Contacto precoz madre- Rn, características de las tomas (frecuencia, duración). Conocer las técnicas del amamantamiento, posición correcta de la madre y el bebé. Reconocer dificultades y sus posibles soluciones, (pezones planos e invertidos, grietas, dolor, ingurgitación, obstrucción, mastitis, hipogalactia).

Alimentación y hábitos durante la lactancia materna.

Extracción y conservación de leche materna, tipos de extracción (manual, mecánica)

Informar sobre grupos de apoyo de nuestra zona, y profesionales de referencia a los que acudir en caso de encontrar alguna dificultad en instaurar una lactancia eficaz.

Verdaderas contraindicaciones sobre lactancia materna. Conocer las técnicas de lactancia mixta y artificial.

7. Cuidados del rn

Cuidados del Rn en paritorio. Contacto precoz e inicio de la lactancia materna.

Conocer las características del Rn normal. Identificar sus necesidades.

Adquirir habilidades para su cuidado, (baño, cuidado del cordón, cambio de pañal, ropa, sueño).

Colecho, porteo, cólico del lactante, chupete.

Identificar los signos de alarma, prevención de accidentes

Adquirir habilidades en el masaje infantil

Informar de los controles a realizar por el sistema sanitario, Programa de Salud Infantil. (detección precoz de enfermedades metabólicas, vacunas, programa de niños sanos).

8. Sexualidad y anticoncepción durante el puerperio

Cambios generales tras el parto, psicológicos y físicos. Consejos sobre cuando y como retomar las relaciones sexuales. Disminución del deseo sexual. Entender la situación, la comunicación con la pareja y el conocimiento de las diversas formas de vivir y disfrutar de la sexualidad, independiente del coito.

Tipos de anticoncepción durante la lactancia y una vez finalizada la misma.

Profesionales de referencia donde acudir para recibir atención sobre anticoncepción.

Reforzar la prevención de la violencia de género.

9. *Cuidados de la madre: recuperación del suelo pélvico y de la imagen*

Favorecer la recuperación física de la mujer Reforzando temas de autocuidados (alimentación, suelo pélvico, episiotomía, mamas, signos de alarma, anticoncepción, sexualidad).

Reforzar la lactancia y apoyar a la madre y a su pareja en la adaptación a la nueva situación.

Expectativas e ideas que tiene la mujer acerca de cómo debe ser su comportamiento, pensamiento y sentimientos.

Roles de género y desigualdad.

10. Aspectos sociosanitarios

Conocer tanto las medidas de protección a la maternidad y a la paternidad como las ayudas a las familias en general y a las que presentan situaciones de especial fragilidad en particular.

Facilitar la información general sobre las medidas de protección social existentes y la identificación del profesional al que, en su caso, poder recurrir cuando se precisa información específica sobre el acceso a las mismas.

Las opciones entre las que pueden elegir la madre y/o el padre trabajadores según sus circunstancias personales y familiares relativas a los permisos parentales, a las prestaciones económicas que pueden percibir, etc.

Información sobre el registro civil, empadronamiento y cobertura sanitaria de la madre y del Rn.

6.- Discusión de posibles problemas o errores

Identificamos como posibles problemas a la hora de realizar nuestro estudio los siguientes:

-.No encontrar suficiente colaboración por parte de los profesionales del área para identificar a las adolescentes embarazadas. Para ello proponemos incluirlos como colaboradores del estudio y así podrán participar en las publicaciones, congresos, etc., que se puedan derivar del mencionado estudio. De esta forma trataremos de motivarlos para colaborar con nosotras.

-.Sesgos en la investigación debidos a la interpretación subjetiva de las variables por parte de los profesionales. Para evitarlo se definen las variables y todas sus posibles alternativas, y se entregará a los profesionales que colaboren en este estudio una hoja informativa sobre el programa.

-.Que las embarazadas no acudan a suficiente número de clases para incluirlas en el estudio.

-.No reunir número importante de embarazadas adolescentes con edades de gestación similar, que formen grupos homogéneos. Para solucionarlo los grupos deberían ser abiertos de manera que las adolescentes fueran acudiendo a las clases a medida que se fueran insertando en el programa.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud.
http:www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es
2. UNICEF. http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
3. Castillo V, Lamas R. Lactancia Materna un desafío para las madres adolescentes. Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción. La Serena, 2005 :1-14
4. Belitzky R. Resultados perinatales en madres jóvenes: estudio comparativo en maternidades latinoamericanas. La salud del adolescente y el joven en las Américas. J Obstet Gynecol 1985:221-72.
5. Molina, R.: Sistemas de Atención para adolescentes Embarazadas. La Salud del Adolescente en Chile. Ediciones R. Florenzano, M. Maddaleno, E. Bobadilla, P.195-231, Stgo. de Chile, 1988.
6. Elster AB., Lamb M.E.: The Medical and psycosocial impact of a comprehensive care on adolescent pregnancy and parenthood. J.A.M.A. 1987; 258: 1187-92.
7. Ryan AS, Wenjun Z, Acosta A. Breastfeeding continues to increase into the new millenium. Pediatrics 2002; 110:1103-6.
8. Baisch MJ, Fox RA, Goldenberg BD. Breastfeeding attitudes and practices among adolescents. J Adolesc Health Care 1989; 10: 41-5.
9. Quezada-Salazar CA, Delgado-Becerra A, Arroyo-Cabrales LM, Díaz-García ML. Prevalencia de lactancia y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes.Bol.Med.Hos.Mex 2008; 65(1)
10. Wambach KA, and Cole C. Breastfeeding and adolescent. J Obste Gynecol Neonatal Nurs 2000; 29: 282-94.
11. Peraza Roque G, Soto Marcelo M, Llera Suárez E, and Alonso Suárez S .Factores asociados al destete precoz. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(3):278-84
12. Prendes Labrada M, Vivanco del Río M, Gutiérrez González RM and Reyes WG. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(4):397-402
13. Gómez P, Domínguez E, García Rueda C. Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva. Enfermería Global 2014; 1:33
14. Armelini P. El 22% de los bebes dejan de ser amamantados al mes de vida. Disponible en: URL: : http://med.unne.edu.ar/revista/revista177/1_177.pdf
15. Gamboa ED, López N, Prada GE, Gallo KY. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia maternal en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Rev Chil Nutr 2008; 35 (1): 43-52
16. República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. Consejo Nacional de Política Económica y Social, Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. Documento Conpes Social 147. Bogotá, D.C., Enero 31 de 2912. Disponible en URL:http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=BSINpiuEDQ0%3D&tabid=1473
17. Herrero LA, Gorrita RR ¿Cómo influyen diferentes factores psicosociales en el abandono precoz de la lactancia materna? Revista de Ciencias Médicas La Habana 2009; 15 (3): 28-34
18. Durán R, Villegas D, Sobrado Z, Almanza M. Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna. Rev Cubana Pediatr 1999; 71(2):72-9
19. Gallego Machado .Inluencia de la eduación sanitaria en madres adolescentes en su

conducta para lactar.Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(3):244-7
20. García Casanova MC, García Casanova S, Pi Juan M, Ruiz Mariscal E y Parellada Esquius N. Lactancia materna: ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración? Aten Primaria 2005; 35 (6):295-300.
21. Estévez MD, Martell D. Medina R, García E, Saavedra P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. An Esp Pediatr 2002; 56: 144-150
22. Wambach KA , Aaronson L , Breedlove G , Domian EW , Rojjanasrirat W , Yeh HW. Un ensayo controlado aleatorio de apoyo a la lactancia y educación para madres adolescentes. West J Nurs Res 2011; 33 (4): 486-505.
23. Grupo de trabajo preparación a la maternidad y paternidad. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva (P.A.S.A.R.). Servicio Canario de Salud 2009.
24. Villalón U., Hernán; Alvarez C., Patricia. Efecto a corto plazo del contacto precoz piel a piel sobre la lactancia materna en recién nacidos de término sanos. Rev. chil. pediatr;64(2):124-8, mar.-abr. 1993. tab.