



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

PROGRAMA COMPETENCIAS MATERNAS

Marta Redondo Gago

**Máster Universitario Intervención Socioeducativa sobre Menores y Familia
(Itinerario investigador)**

Centro de Estudios de Postgrado

Año Académico 2020-21

PROGRAMA COMPETENCIAS MATERNAS

Marta Redondo Gago

Trabajo de Fin de Máster

Centro de Estudios de Postgrado

Universidad de las Illes Balears

Año Académico 2020-21

María del Carmen Touza Garma

Resumen

El objetivo del trabajo de final de máster fue someter un programa de prevención selectiva de maltrato infantil a un panel Delphi de expertos con la finalidad de evaluar su diseño y obtener propuestas de mejora. El Programa Competencias Maternas va dirigido a madres adolescentes de bajos recursos para disminuir el maltrato infantil aumentando los conocimientos y habilidades maternas entorno al control del embarazo, el cuidado infantil, su desarrollo psicomotor, sus necesidades nutricionales, la prevención de accidentes infantiles o la necesidad de vacunación y seguimiento por los equipos de atención primaria. Los talleres individuales se realizan en el domicilio de las jóvenes desde las 22 semanas de gestación hasta los 6 meses de su primogénito o primogénita. Los talleres los imparten enfermeros o enfermeras previamente formados con la supervisión de un pediatra.

El método Delphi requirió de dos cuestionarios enviados al correo corporativo de 8 informantes clave. Las propuestas de mejora de los informantes clave fueron prolongar el programa hasta los 12 meses, ofrecer sesiones posteriores de recuerdo hasta los 3 años, ofrecer alguna sesión grupal y refieren que la mayor dificultad sería asegurar su continuidad y garantizar la participación de las madres. Se apoyaron todas las sugerencias, aunque las sesiones grupales serían para las sesiones de recuerdo.

Palabras clave:

Prevención del maltrato infantil, programas domiciliarios, habilidades parentales, promoción de la salud, madres adolescentes, panel Delphi.

Abstract

The goal of the final master's project was to evaluate the design and obtain proposals for improvement to a program for the selective prevention of child abuse to a Delphi panel of experts in order. The Maternal Competencies Program is aimed at low-income adolescent mothers to reduce child abuse, increases maternal knowledge and skills around pregnancy control, child care, psychomotor development, nutritional needs, prevention of child accidents or the need to vaccination and follow up by primary care teams. The individual workshops are held at the home of the young people from 22 weeks of gestation to 6 months of their first-born or first-born. The workshops are taught by nurses previously trained with the supervision of a pediatrician. The Delphi method required two questionnaires sent to the corporate email of 8 key informants. The key informants' proposals for improvement were prolonged the program until 12 months, offering subsequent recall sessions up to 3 years, offering a group session and that the greatest difficulty would be to ensure its continuity and guarantee the participation of the mothers. All suggestions were supported, although group sessions would be for recall sessions.

Keywords:

Prevention of child abuse, home programs, parenting skills, health promotion, adolescent mothers, Delphi panel.

Índice

1.	Introducción	7
2.	El Programa Competencias Maternas	13
2.1.	Fundamentación	13
2.2.	Objetivos	16
2.3.	Población	17
2.4.	Intervenciones realizadas	18
2.5.	Implementación	22
2.6.	Evaluación	24
3.	Objetivos de la investigación	32
4.	Metodología	32
4.1.	Participantes	33
4.2.	Procedimiento	33
4.3.	Instrumentos	34
5.	Resultados	35
6.	Conclusiones	49
7.	Referencias bibliográficas	50
8.	Anexos	59
8.1.	Anexo1. Documentos guía para la formación de los educadores previo a la implantación de los talleres educativos	59
8.2.	Anexo 2. Cuestionario de conocimientos para los formadores	83
8.3.	Anexo 3. Cuestionario de conocimientos a las madres	89
8.4.	Anexo 4. Hoja de registro de indicadores de la historia clínica	92
8.5.	Anexo 5. Cuestionario para la valoración del apoyo formal por los Servicios de Atención Primaria.	95
8.6.	Anexo 6. Cuestionario para la valoración del apoyo formal por los Servicios Sociales Comunitarios	96
8.7.	Anexo 7. Registro indicadores autosuficiencia económica	97
8.8.	Anexo 8. Registros para evaluar el proceso de ejecución	98

8.9. Anexo 9. Material para los informantes clave	100
8.10. Anexo 10. Primer cuestionario Delphi	106
8.11. Anexo 11. Segundo cuestionario Delphi	113
8.12. Anexo 12. Devolución final del panel Delphi	120

1. Introducción

Las acciones e intervenciones propias de la Atención Primaria de Salud comprenden, no sólo los aspectos curativos, sino también las actividades de prevención y promoción de la salud. La forma más natural y efectiva de llevar a cabo estas acciones es a través de la educación para la salud (PACAP, 2004).

Según la OMS (1998), la educación para la salud se puede definir desde dos vertientes. La primera de ellas tiene como finalidad proporcionar a la población los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la promoción y protección de la salud (individual, familiar y de la comunidad). La segunda se considera un medio que contribuye a capacitar a los individuos para que participen activamente en definir sus necesidades y elaborar propuestas para conseguir unas determinadas metas en salud.

La educación a los padres en los cuidados infantiles resulta un momento idóneo para realizar actividades de educación para la salud ya que las familias suelen ser más receptivas y es, durante los primeros años de vida, cuando se adquieren los principales hábitos relacionados con la salud.

A pesar de la unanimidad del sistema sanitario en señalar que la mejora de la salud poblacional se debe centrar en actividades preventivas de promoción y educación para la salud; la realidad asistencial es que existe una dificultad de recursos y de personal para realizar actividades comunitarias efectivas y con continuidad (Lizarraga, 2002). Por lo tanto, una de las necesidades del sistema sanitario es empoderar a los sanitarios para que las actividades de educación para la salud formen parte del trabajo diario, se evalúen y se mejoren programas preventivos basados en la evidencia como una forma más de atención sanitaria integral a la población. Las actividades de promoción de la salud deben recibir un apoyo institucional para que el sistema sanitario disponga de recursos para realizarlas, promoverlas, evaluarlas y someterlas a una mejora continua.

Por otro lado, la atención sanitaria esencial y accesible dirigida a la población infantil tiene mayor capacidad preventiva y de promoción de la salud.

Por ello, los programas de atención infantil que se realizan en los centros

de salud constituyen una herramienta útil para promover la salud, intentando modificar conductas que está demostrado que aumentan el nivel de salud.

Además, pretenden prevenir enfermedades interviniendo en los factores de riesgo y la detección de la enfermedad en etapas iniciales. En las diferentes comunidades autónomas existen estos programas que además de valorar aspectos como el crecimiento, el desarrollo psicomotor o la aparición adecuada de los caracteres sexuales pretenden influir en la mejora de los estilos de vida.

Concretamente, se dan consejos sobre alimentación saludable, hábitos de higiene y sueño, actividad física o uso adecuado de las nuevas tecnologías. Estas recomendaciones se dan en las visitas sucesivas a los centros de salud de forma simultánea a otras actividades preventivas como la vacunación o intervenciones de cribado o de detección precoz.

En nuestro país es difícil encontrar publicados estudios detallados sobre el grado de cumplimiento de las citas programadas en pediatría. En un estudio realizado en 1998, Gastón et al., encontraron, sobre una población de 35.000 habitantes una asistencia global al programa entorno al 95% presentando un mayor índice de fallo en los niños mayores.

Las actividades preventivas desde los centros de salud hacia la población infantil están basadas en estos programas. Existen otras pocas situaciones preventivas en torno a la maternidad y al nacimiento de los hijos, no regladas, pero habituales en los centros de salud asociadas a los cuidados entorno a la madre gestante. Muchas de ellas se asocian al seguimiento por parte de las matronas del puerperio y del parto. Incluyen sesiones a las puérperas sobre los cuidados postparto, por lo que suelen centrarse en ejercicios de recuperación del estado físico tras el parto o en talleres orientados a las técnicas de lactancia materna. Un inconveniente es que estas actividades son pocas veces accesibles a toda la población.

La promoción de la salud prenatal y perinatal tiene la peculiaridad de que su acción se inicia antes del nacimiento, lo que la hace ser más efectiva aportando beneficios a dos grupos poblacionales estrechamente relacionados: padres e hijos. La educación prenatal se inició en la segunda mitad del siglo XX e inicialmente se dirigía a la preparación del parto con la finalidad de que este

resultara un acontecimiento vital positivo (De la Herrán, 2015). El cambio en la forma de entender la maternidad y la paternidad ha dado lugar a que los cursos de preparación al parto se hayan transformado en otros de educación para la maternidad y la paternidad. La promoción de la salud en esta etapa no sólo se orienta a aspectos biológicos como la higiene, la alimentación o los cuidados del recién nacido, sino que incorpora objetivos dirigidos a promocionar el vínculo afectivo entre la pareja y el hijo o hija que va a llegar. La promoción de la salud perinatal está formada por talleres de puérperas dirigidos a ejercicios para la recuperación física tras el parto. Estos pueden estar acompañados de sesiones de masaje infantil y de talleres de apoyo a la lactancia materna que, a veces, tienen el apoyo de grupos de madres formalmente constituidos de apoyo a la lactancia.

En algunos centros de salud existen estos talleres de promoción prenatal y postnatal de la salud que se realizan de forma poco reglada y aún menos se evalúan. Sin embargo, sirven para aportar un espacio en el que coinciden familias en la misma situación en los que puedan compartir dudas, intercambiar ideas y suponer una red de apoyo informal en esta etapa vital de gran importancia para las familias.

A estos talleres no suelen acudir familias con mayor riesgo social como madres adolescentes, de etnias minoritarias, inmigrantes o de bajos recursos socioeducativos o económicos. El seguimiento por Servicios Sociales de estas familias además está poco coordinado con la asistencia sanitaria debido al hermetismo de ambos sistemas que perjudica al más vulnerable: al recién nacido de estos entornos con pocas habilidades parentales.

Esta carencia observada se traduce en la necesidad de un programa de prevención dirigido a madres adolescentes de pocos recursos para mejorar el buen control del embarazo, del parto y de los cuidados habituales del recién nacido. Este programa se plantea como objetivo a largo plazo la prevención del maltrato infantil.

Según el Instituto Nacional de Estadística (2019), de las 2.022 madres menores de 18 años que dieron a luz en España, pertenecieron 42 de ellas a nuestra Comunidad Autónoma. Este grupo no despreciable de madres en

mayor riesgo de maltrato infantil no recibe ningún seguimiento ni actividad preventiva específica sanitaria diferente de los programas generales de atención al recién nacido, al niño y al adolescente. Muchas de ellas se podrían beneficiar de un programa de prevención selectiva del maltrato infantil.

La dificultad de la accesibilidad de esta población para actividades preventivas en los centros sanitarios invita a realizarlas en visitas individuales en su domicilio. Según Iglesias (2015), las visitas domiciliarias son una alternativa segura y efectiva como modelo de cuidado y seguimiento posparto, aunque conlleven un mayor coste económico. Reducen la incidencia y mejoran la evolución de la depresión postparto, pero tienen menos efectos sobre el recién nacido.

Aunque en la cartera de servicios de los centros de atención primaria de nuestro sistema sanitario se recomienda realizar la visita postparto en el domicilio de la madre, la realidad es que la mayoría se llevan a cabo en la consulta del centro de salud, reservándose la domiciliaria para casos muy concretos (Lizarraga, 2002).

Concretamente, en nuestra Comunidad Autónoma se recomienda la primera visita domiciliaria del recién nacido en el Programa de Salud Infantoadolescente (Ibsalut, 2018) si existe algún factor de riesgo social. Estos factores son: padre y/o madre joven, antecedentes de seguimiento por maltrato, historias de adicción, antecedentes de violencia de género, problemática de salud mental, hijos con enfermedad crónica o discapacidad, prematuridad o familias de bajo nivel socioeconómico. En la práctica asistencial diaria, escasamente se realizan visitas domiciliarias y si se realizan, no se documenta ni se evalúa su eficacia.

Barlow et al. (2011), en una revisión Cochrane, refieren que existe alguna evidencia que indica que los programas para padres pueden ser efectivos para mejorar varios aspectos de la interacción entre padres e hijos a corto y a largo plazo, pero actualmente se necesitan más estudios de investigación ya que los estudios revisados carecen de validez interna y de capacidad de generalización. Además, todos los estudios incluidos involucraron a padres que se habían

ofrecido como voluntarios para participar en el estudio pudiendo no ser representativos.

Estos autores también reflejan que los programas de visitas domiciliarias, que comprenden una intervención más intensiva (es decir, que a menudo comienzan antes del parto y continúan hasta dos años después del parto), y que tienen como objetivo resultados mucho más amplios destinados explícitamente a abordar el problema de la exclusión social (es decir, educación, capacitación y retorno de los padres a trabajar), pueden ser más adecuados para satisfacer las necesidades de padres jóvenes.

Por otro lado, Miller et al. (2011), en su revisión sistemática refieren que no encuentran evidencias de efectividad de las intervenciones domiciliarias que se dirigen específicamente a mejorar los resultados del desarrollo cognitivo para los niños en edad preescolar de familias con desventajas sociales. Señalan que estudios futuros deben esforzarse por documentar e informar sus procesos metodológicos de manera más adecuada.

Cabanillas et al. (1996), tras una revisión de las estrategias incluidas en los programas para la prevención del maltrato infantil, destacan dos de ellas: el desarrollo de la competencia parental para la capacitación de los padres a través del entrenamiento de habilidades en la crianza y educación de sus hijos; y la eliminación del posible aislamiento social de las familias por medio de una prestación de servicios de intervención comunitaria.

La existencia de Nurse-Family Partnership (NFP, Nurse-Family Partnership-Helping First-Time Parents Succeed, s.f), como programa consolidado en Estados Unidos y extendido a otros países, plantea la necesidad de un programa de estas características en nuestro entorno para reducir los malos tratos en la infancia o, por lo menos, para mejorar los conocimientos de autocuidado durante la gestación o las necesidades entorno a un recién nacido.

El NFP es un programa de prevención selectiva dirigido a madres jóvenes de bajo recursos, diseñado para mejorar las prácticas prenatales y de crianza del niño desde el segundo trimestre de la gestación hasta los dos años del niño mediante visitas domiciliarias de enfermeras entrenadas. Su efectividad

está demostrada en ensayos clínicos aleatorizados y controlados (Eckenrode et al., 2010; Olds et al., 2004 ; Olds et al., 2014).

El programa NFP va dirigido a madres jóvenes y primerizas y su característica diferencial es que además de incluir sólo a madres embarazadas, los visitantes al domicilio son enfermeros o enfermeras licenciadas con un mínimo de 2 años de experiencia que han recibido una formación específica durante 13 o 14 días previa a la realización del programa. Además, reciben una formación en modalidad online de 4 o 5 horas anuales. Esta capacitación mejora el abordaje de temas como el abuso de sustancias o la violencia como aspectos claves en las sesiones domiciliarias.

La certificación Blueprints del Nurse-Family Partnership como programa modelo se basa en tres ensayos controlados aleatorios implementados en Nueva York, Tennessee y Colorado. (Blueprints for Healthy Youth Development, s.f).

La Agencia California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC) (California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare, s.f) atribuye la mayor calificación científica al NFP tras identificar los 10 artículos más relevantes que mediante ensayos controlados aleatorizados muestran evidencia de la efectividad del programa NFP.

El Departamento de Salud y Recursos Humanos de Estados Unidos (Home Visiting Evidence of Effectiveness, 2019) revisó la eficacia de la evidencia de los modelos de visitas domiciliarias para familias con mujeres embarazadas afirmando que el programa NFP es un modelo de prestación de servicios de visitas domiciliarias para la primera infancia basado en evidencia. Para ello revisaron 47 publicaciones que incluían 27 publicaciones sobre 5 ensayos controlados aleatorios, un diseño de caso único y 19 estudios de implementación independientes.

El objetivo de este trabajo de final de máster fue evaluar el diseño de un programa de prevención selectiva del maltrato infantil denominado Programa Competencias Maternas además de aportar aspectos de mejora. Este programa, igual que el NFP, está dirigido a madres adolescentes, primíparas y de bajos recursos socioeconómicos y educativos.

Para valorar el diseño del Programa Competencias Maternas se realizó una investigación mediante el Método Delphi para recoger las opiniones de un grupo de informantes clave.

2. El Programa Competencias Maternas

2.1. Fundamentación

La creación del Programa Competencias Maternas se debe a la necesidad observada en la práctica médica pediátrica diaria en un centro de salud de mejorar las actividades preventivas dirigidas a mejorar el cuidado de los recién nacidos y de forma más concreta a familias de entornos menos favorecidos.

Muchos de los niños que nacen en familias de bajos recursos carecen de figuras que les ofrezcan un entorno seguro para su crecimiento y desarrollo, además de ser deficitarias en habilidades de crianza. Los servicios sanitarios o los servicios sociales de nuestro entorno carecen de programas preventivos específicos y basados en la evidencia dirigidos a estas familias.

Los programas dirigidos a mejorar las habilidades parentales que se realizan en los centros sanitarios son de prevención primaria universal. Se dirigen a todas las familias y se suelen proponer desde el equipo de pediatría junto con la matrona en los centros de salud. Se ofrecen tras la primera visita del recién nacido y suelen incluir sesiones de apoyo a la lactancia materna, directrices para el cuidado del recién nacido o para mejorar la salud puerperal.

La existencia de estos talleres o charlas en algunos centros de salud se debe al voluntarismo de los sanitarios convencidos de que las actividades preventivas forman parte de la práctica asistencial de la asistencia sanitaria básica.

Sin disponer de datos objetivables, pero tras formar parte de estos talleres en el centro de salud en el que he trabajado durante los últimos 9 años como pediatra de Atención Primaria, es destacable que a pesar de ofrecerse a toda la población, las familias que acuden a estos de forma voluntaria no son las más necesitadas. Durante este periodo, ninguna madre adolescente ha

acudido a estos talleres, ni tampoco madres de etnia gitana, ni de origen magrebí, africano o asiático.

Debido a esta necesidad de ofrecer unos talleres a madres con especial riesgo de cometer maltrato infantil se desarrolla el Programa Competencias Maternas para mejorar los cuidados de la madre y del recién nacido que se inicia en el segundo trimestre de la gestación y se extiende tras el nacimiento. Van dirigidos a madres adolescentes de bajo nivel socioeducativo y se realizan en el domicilio utilizando el programa Nurse-Family Partnership como referente.

La fundamentación del Programa Competencias Maternas está basada en la teoría del apego (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1979) ya que pretende ser una intervención precoz, durante la gestación, para dotar de habilidades a la gestante sobre su salud y para el cuidado del menor. Esta capacitación pretende adecuar las respuestas maternas a las necesidades del menor y fomentar así un apego seguro. La mejora del vínculo afectivo reforzará la relación positiva entre madres e hijos como factor protector del maltrato infantil. También dará lugar a la revisión del apego que establecieron las madres en la infancia revisando sus modelos representacionales que pueden favorecer el riesgo de maltrato. Según Bowlby (1980), el modelo representacional de la relación del apego se construye a partir de las relaciones con las figuras de apego y va a servir al sujeto para percibir e interpretar las interacciones con el entorno, para dirigir su conducta, elaborar la base de la propia identidad y de la autoestima. Teniendo, por tanto, una gran influencia sobre las relaciones sociales futuras del sujeto.

Este programa también está basado en los modelos comportamentales que pretenden modificar las creencias y actitudes de los padres y las madres que justifican la violencia, enseñan habilidades para mejorar las conductas del menor y utilizan técnicas de autocontrol. Patterson (1982), presentó su teoría de la coacción, explicó cómo el entorno familiar es capaz de influir en el comportamiento de los niños y niñas observando que las conductas negativas se reforzaban al obtener recompensas tras conductas agresivas como llantos y rabietas. Esta respuesta coercitiva del niño o de la niña intensifica la respuesta

y la conducta coercitiva del adulto dando lugar a un estilo de interacción familiar represivo y agresivo que el menor reproducirá en el futuro y en otros entornos.

En consonancia con su teoría, Patterson elaboró un entrenamiento para entrenar a padres y madres en el manejo de las conductas infantiles, para evitar estos reforzadores negativos y evitar futuras conductas antisociales.

Por otro lado, con relación a los modelos de servicios, una de las estrategias de prestación de servicios en Estados Unidos y en otros países son las visitas domiciliarias que, desde los años 70, tienen como objetivo abordar diferentes aspectos de la crianza en favor del bienestar de la infancia. Estos programas suelen dirigirse a familias de bajos recursos, madres jóvenes o de entornos familiares con problemas de salud mental, adicción a drogas o problemas de violencia en el entorno familiar.

En octubre de 2018, Duggan et al., realizaron un proyecto para la evaluación de la implementación de los programas de visitas de atención domiciliaria (MIHOPE) que incluyó cuatro de los modelos de visitas domiciliarias basados en la evidencia. Estos son: Early Head Start - opción basada en el hogar (EHS), Healthy Families America (HFA), Nurse-Family Partnership (NFP) y Parents as Teachers (PAT). Estos programas mostraron mejoras con impactos positivos en las siguientes áreas evaluadas: mejora en la salud prenatal, materna y en el recién nacido, mejoras en el desarrollo infantil, en las habilidades parentales, en la preparación para el inicio escolar y los logros académicos del niño, en la violencia en el hogar y la criminalidad de las familias, en la autonomía y suficiencia económica y familiar y en las derivaciones y coordinaciones entre los servicios asistenciales.

A diferencia de los otros tres programas, el NFP requiere que los formadores tengan un mínimo de una Titulación en Enfermería con un mínimo de 2 años de experiencia reciente en salud materna o infantil. Todos los programas enfatizan en el beneficio de la supervisión en la aplicación de los programas. La supervisión, además de garantizar la fidelidad al cumplimiento del programa, permite el apoyo para abordar el estrés de los formadores asociado a trabajar con una población de alto riesgo.

Debido a las ventajas observadas en los programas que realizan una formación previa y a la supervisión en la aplicación, el Programa Competencias Maternas requerirá una fase inicial para la formación de enfermeros y enfermeras previa a la puesta en marcha de los talleres dirigidos a las madres. Durante la realización de los talleres cada formador contará con una supervisión por el o la pediatra del centro de salud y el pediatra que lidera el proyecto.

Michalopoulos et al. (2019) analizaron los resultados a corto plazo del MIHOPE encontrando una mejora en la salud materna y una disminución de las agresiones domésticas. Además, los programas de visitas domiciliarias pueden ayudar a las madres a recibir educación y capacitación a corto plazo teniendo un impacto positivo sobre la autosuficiencia económica familiar.

Según Olds et al. (2007) y Donelan-McCall et al. (2009) las madres tras el NFP tenían menos comportamientos negligentes durante el seguimiento comparadas con el grupo control. Estas diferencias fueron significativas durante los dos años posteriores a la intervención, pero disminuyeron a los 4 años. En el seguimiento a largo plazo 15 años después de la intervención también se encontraron tasas de maltrato significativamente más bajas en el grupo de la intervención.

Eckenrode et al. (2017) atribuyen el éxito a largo plazo del programa NFP para reducir el maltrato infantil a la capacidad del programa para la mejora de la planificación familiar y la autoeficiencia económica de las familias. Para ello en su estudio revisaron los registros del Sistema de Protección Infantil Americano durante 15 años después de la realización del programa. Sus resultados indicaron que durante los primeros 15 años de vida, los primogénitos de madres que recibieron el programa de visitas prenatales y postparto tenían 4,52 veces menos informes que su grupo de control.

2.2. Objetivos

El objetivo a largo plazo de la aplicación del Programa Competencias Maternas es prevenir los malos tratos a la infancia en hijos e hijas de madres jóvenes y de bajos recursos económicos.

Los objetivos a medio plazo son:

1. Mejorar la capacidad de autocuidado de las madres durante el embarazo, el parto y el posparto.
2. Aumentar las habilidades maternas en el cuidado de sus hijos.
3. Disminuir los accidentes infantiles.
4. Aumentar la adherencia a las visitas del Programa Infantojuvenil de las Illes Balears.
5. Mejorar la tasa de vacunación infantil.
6. Mejorar las redes de apoyo formal (sistema sanitario y servicios sociales).
7. Mejorar la red de apoyo informal (familiares o amigos participes en el proceso).
8. Promover la autosuficiencia económica de las madres.

2.3. Población

El programa se dirige a madres primíparas de 18 años o menores, con bajos ingresos, bajo nivel socioeconómico y con nivel educativo inferior a la educación secundaria. Por lo tanto, se trata de una estrategia de prevención selectiva.

A través de las notificaciones existentes de embarazo en adolescentes emitidas por los centros de salud y los hospitales de la Isla de Mallorca al Servicio de Protección de Menores, se contactará con las embarazadas para ofrecer los talleres a partir de la 22 semana de gestación.

Se contactará telefónicamente con las jóvenes gestantes y se explicará la dinámica de la intervención mediante talleres domiciliarios de 1 hora de duración por enfermeros o enfermeras que acudirán al domicilio antes y después del parto.

Tras la aceptación de la participación, el sanitario o sanitaria asignado volverá a contactar para consensuar la primera visita en la que se impartirá el primer taller y se firmará el consentimiento informado. Además, se consensuarán las siguientes visitas semanales de los talleres preparto realizando un cronograma de los talleres para mejorar su cumplimiento y facilitar la organización de los formadores.

Criterios de inclusión:

1. Gestantes primíparas de 18 años o menores, con pocos ingresos, bajo nivel socioeconómico y con nivel educativo inferior a la educación secundaria.
2. Haber firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

1. No cumplir los criterios de inclusión.
2. Entorno familiar en seguimiento por violencia.
3. Discapacidad materna significativa o patología psiquiátrica no controlada incluyendo el abuso de sustancias.

2.4. Intervenciones realizadas

El programa cuenta con tres tipos de intervenciones. La primera está dirigida a la formación del personal de enfermería que impartirá la formación en los talleres; la segunda, a la formación de las madres y una tercera que favorecerá la coordinación entre los servicios sociales y el centro de salud al que pertenezca la familia.

Formación del personal de enfermería:

Los enfermeros y enfermeras de atención primaria se formarán en un curso gratuito durante dos semanas. Se ofrecerá a los titulados o tituladas en enfermería que trabajan en el ámbito de la Atención Primaria de Mallorca priorizando a aquellos con plazas dirigidas a la atención pediátrica. La formación la realizará un o una pediatra de Atención Primaria que a su vez será el o la supervisora durante la aplicación de los talleres. Esta formación pretende homogeneizar los conocimientos entre los profesionales para transmitir a la población diana los aspectos relevantes del seguimiento del embarazo, el parto y de los cuidados del recién nacido y durante los primeros años de vida.

Para conocer la información teórica, se puede consultar en los anexos una recopilación de documentos (Anexo 1) que servirán de guía para esta

formación y que se repartirán como apoyo a los sanitarios que impartirán los talleres.

Durante el periodo formativo se elaborarán unos folletos ilustrados sobre cada tema tratado para entregar a las madres con el fin de reforzar las explicaciones.

Los candidatos serán certificados como formadores del Programa Competencias Maternas si tras la el periodo formativo responden acertadamente al 80% de las respuestas de una prueba de conocimientos. (consultar el Anexo 2).

Formación de las madres:

Las sesiones se realizarán en el domicilio de las madres participantes y serán de una hora de duración. A éstas asistirá una persona del entorno familiar para mejorar el apoyo informal de la madre.

Cada formador o formadora sólo podrá realizar el programa educativo a un máximo de tres gestantes simultáneamente para facilitar la realización completa del programa. Ambas partes adecuarán las sesiones al horario que más les convenga manteniendo la regularidad de las mismas.

Las sesiones domiciliarias pretenden aumentar los conocimientos de las jóvenes gestantes sobre el control gestacional, los tipos de parto y los cuidados del recién nacido hasta los 3 años de vida incluyendo alimentación, higiene, sueño, desarrollo psicomotor, socialización y juego. También, dará a conocer el Programa Infantojuvenil de las Illes Balears para mejorar la adhesión a las visitas sanitarias y a la vacunación.

Un aspecto primordial del programa será que los formadores deberán dar un apoyo emocional a la madre. Para ello se establecerá al inicio de las sesiones un diálogo que servirá para conocer las dudas, necesidades o carencias de la madre que permitirán un seguimiento individualizado. Además, servirá para que el formador o formadora comprenda la situación familiar y sea capaz de evaluar no solamente las necesidades sino también las fortalezas de esa familia.

Los temas tratados durante las sesiones sucesivas serán los siguientes:

DURANTE EL EMBARAZO (semanales desde la 22 semana de gestación).

1. Alimentación saludable, sueño y ejercicio físico durante el embarazo.
2. Hábitos tóxicos y su riesgo.
3. Vacunación durante el embarazo.
4. Controles con el ginecólogo.
5. Tipos de parto: parto natural, parto con epidural, instrumentado, parto por cesárea.
6. Cuidado emocional de la madre. Prevención de la depresión postparto.
7. Lactancia materna, ventajas.
8. Contacto con las redes de apoyo informal y formal.

DESPUÉS DEL PARTO (las 8 primeras cada 10 días, las 3 últimas mensuales)

1. Cuidados iniciales del recién nacido (cordón umbilical, piel-ictericia, prevención de la muerte súbita).
2. Alimentación: promoción de lactancia materna, comprobación de la técnica de alimentación artificial e inicio de la alimentación complementaria.
3. Controles de salud en el pediatra: importancia de las vistas regladas en el Programa de Salud Infantojuvenil de Baleares.
4. Vacunas incluidas en el calendario vacunal y vacunas no financiadas pero recomendadas por las sociedades científicas pediátricas.
5. El sueño del niño.
6. Estimulación del desarrollo psicomotor.
7. El apego y el vínculo con el recién nacido.
8. Consultas frecuentes al pediatra de atención primaria.
9. Prevención de accidentes infantiles.
10. Maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar en lactantes.
11. Plan de vida laboral y necesidades formativas.

Coordinación entre Sanidad y Servicios Sociales:

Al inicio del programa se informará al equipo de pediatría y a la matrona de la participación de las familias en el programa. También se contactará con los servicios sociales comunitarios para que conozcan que la familia participará en el proceso formativo y contribuyan a aportar información sobre el entorno familiar.

El formador o formadora asignado contactará con el equipo de pediatría del centro de salud para explicar contenidos incluidos en el programa que se iniciará durante la gestación y se prolongará tras el nacimiento. En el periodo postnatal, las madres acudirán a las visitas habituales con el equipo de pediatría donde se dará información acorde con la recibida en el programa.

Para facilitar esta información homogénea que recibirán las familias, si la enfermera o enfermero lo desea se le remitirá una copia de la información incluida en los anexos en los que se detallan los contenidos del programa (Anexo 1). Además, este profesional del centro de salud podrá acudir a cualquiera de las visitas en el domicilio junto al responsable de la formación.

El formador o formadora también contactará con servicios sociales para informar de las necesidades y problemas detectados en las familias y coordinarse con ellos para resolverlos. Se abordará con ellos las necesidades educativas y de inserción laboral en las que sea necesario intervenir para conseguir la autosuficiencia económica de la familia. Se invitará a acudir al domicilio al técnico de servicios sociales en el último taller de la educación prenatal (el número 8) y en el último de la postnatal (número 11).

Tras la finalización del Programa Competencias Maternas se realizará una reunión entre el equipo de pediatría, el o la técnico de servicios sociales y el formador o formadora responsable de la aplicación del programa para comentar las habilidades de crianza de la familia y asegurar el óptimo seguimiento por ambas redes de apoyo formal. En el caso que estos profesionales consideren el entorno como de riesgo, se podrán programar citas de seguimiento de forma conjunta por parte de servicios sociales y de la enfermera o enfermero de pediatría con la finalidad de adecuar una intervención

común y multidisciplinar. Se buscarán también de forma conjunta opciones formativas u ofertas laborales para la madre.

2.5. Implementación

Se ofrecerá la aplicación del Programa Competencias Maternas a todos los centros de salud de la Isla de Mallorca. Los profesionales sanitarios decidirán si su centro se adhiere al programa en función de si atienden a población que cumpla los criterios de inclusión. Cada centro de salud designará a un pediatra responsable de la supervisión del programa que se reunirá con el formador o formadora asignado a su área sanitaria.

El personal sanitario de enfermería recibirá la formación por la pediatra impulsora del programa que a su vez servirá de apoyo al resto de pediatras de atención primaria y asignará a cada formador a un área sanitaria.

Los formadores acudirán al domicilio de las participantes de forma semanal desde la 22 semana de gestación hasta el parto para la primera parte de los talleres (8 sesiones). Después del parto se reiniciará antes de los 10 días de vida del neonato y durarán hasta los 6 meses. Las 11 sesiones individuales en el periodo postnatal se realizarán cada 10 días excepto las 3 últimas que serán mensuales. Se acordarán los horarios de forma individual entre el educador y la madre para asegurar la realización completa del programa.

La duración de las sesiones será de una hora aproximadamente y se entregará a las madres tras cada sesión un resumen de la información por escrito (folletos de apoyo ilustrados). Cada formador o formadora sólo podrá realizar el programa educativo a un máximo de tres gestantes simultáneamente.

La pediatra que lidera el proyecto contactará de forma telefónica con los formadores semanalmente para apoyarlos y asegurar el cumplimiento del programa. Se reunirán cada 3 meses todos los formadores con el supervisor para valorar la ejecución del programa y plantear elementos de mejora.

La tercera intervención dentro del programa es la coordinación del seguimiento entre sanidad y servicios sociales por lo que ambos serán informados de que la familia realiza el Programa Competencias Maternas.

Se asegurará la integración de la familia con su centro de salud dando a conocer los servicios que prestan y los profesionales referentes para ese núcleo familiar (matrona, médico de familia, pediatra, enfermera de pediatría...). Tras el nacimiento del niño se contactará con el equipo de pediatría del centro de salud para informar del trabajo realizado con la gestante durante el embarazo y la intención de la estrategia preventiva de su segunda fase que no pretenderá sustituir, sino favorecer el cumplimiento del Programa de Salud Infantojuvenil de Baleares en los centros de salud. El formador o formadora asignado contactará con la enfermera del equipo de pediatría a través del correo corporativo o telefónicamente para explicar que no es una actividad asistencial como la que se realiza en el Centro de Salud sino unos talleres formativos para mejorar las habilidades y los conocimientos entorno a la maternidad de familias en riesgo social. Si la enfermera o enfermero lo desea se le remitirá una copia de la información incluida en los anexos (Anexo 1) en los que se detallan los contenidos del programa.

Además, durante la realización de los talleres el formador reforzará la importancia de las revisiones del menor en su centro de salud y del apoyo de los servicios sociales.

De forma mensual, a través del correo corporativo, el formador o la formadora contactará con ambas redes de apoyo formal para informar del cumplimiento del programa y si existe alguna incidencia o alguna dificultad que sea necesario que conozcan los otros profesionales que intervienen en ese núcleo familiar.

Tras la finalización del Programa Competencias Maternas se concertará una reunión entre el equipo de pediatría, el técnico de servicios sociales y el formador del programa para comentar las habilidades de crianza de la familia y asegurar el óptimo seguimiento por ambas redes de apoyo formal. Además, se les informará que a los 12 meses de vida del menor y a los 3 años de edad de edad se contactará con ambos servicios para obtener datos de la evolución del menor y de su entorno familiar que servirán para evaluar el programa.

2.6. Evaluación

2.6.1. Evaluación de la eficacia del programa

INDICADORES

Los siguientes indicadores incluidos en la Tabla 1 servirán para la valoración de la eficacia del programa para cumplir sus objetivos a medio plazo.

Tabla 1. Indicadores para evaluar la eficacia a medio plazo

OBJETIVOS	INDICADORES
<p>Mejorar la capacidad de autocuidado de las madres durante el embarazo, el parto y el posparto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Incremento en las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de conocimientos en el grupo experimental antes y después del programa que no se producirán en el grupo de comparación. ○ Mantenimiento de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de conocimientos tras el programa en el grupo experimental, al año y a los 3 años de edad del menor. ○ Indicadores de la historia clínica de la madre más adecuados en el grupo experimental que en el grupo de comparación tras la aplicación del programa: Valoraciones por matrona y ginecólogo en periodo preparto y posparto, si acuden a clases preparto, si se realizan las analíticas de control del embarazo.

<p>Aumentar las habilidades maternas en el cuidado de sus hijos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Incremento en las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de conocimientos en el grupo experimental antes y después del programa que no se producirán en el grupo de comparación. ○ Mantenimiento de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de conocimientos tras el programa en el grupo experimental, al año y a 3 años de edad del menor. ○ Indicadores de la historia clínica al año y a los 3 años de edad del menor más adecuados en el grupo experimental que en el grupo de comparación: Resultados de somatometría (peso, talla y perímetro craneal) adecuados para la edad; desarrollo psicomotor adecuado a su edad cronológica; alimentación y hábitos de sueño adecuados a la edad del menor.
<p>Disminuir los accidentes infantiles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Indicadores de la historia clínica al año y a los 3 años de edad del menor más adecuados en el grupo experimental que en el grupo de comparación: Menor número de accidentes domésticos, de tráfico o ingesta alguna sustancia tóxica.
<p>Aumentar la adherencia a las visitas del Programa Infantojuvenil de Balears.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Indicadores de la historia clínica al año y a los 3 años del niño o niña más adecuados en el grupo experimental que en el grupo de comparación: Mayor grado de cumplimiento del calendario de revisiones del Programa Infantojuvenil de las Islas Baleares.
<p>Mejorar la tasa de vacunación infantil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Indicadores de la historia clínica al año y a los 3 años de edad del menor más adecuados en el grupo experimental que en el grupo de comparación: Mayor grado de cumplimiento del calendario vacunal autonómico vigente.

<p>Mejorar la red de apoyo informal (familiares o amigos participes en el proceso).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Incremento de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario MOS antes y después de la realización del programa en el grupo experimental. ○ Mayores puntuaciones en el grupo experimental que en el grupo de comparación después de la intervención.
<p>Mejorar las redes de apoyo formal (sistema sanitario y servicios sociales).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Incremento de las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios de red de apoyo antes y después de la realización del programa en el grupo experimental que no se producirán en el grupo de comparación. ○ Mayores puntuaciones en el grupo experimental que en el grupo de comparación después de la intervención.
<p>Promover la autosuficiencia económica de las madres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aumento de los cursos de formación laboral realizados tras la realización del programa en el grupo experimental que no se producirán en el grupo de comparación. ○ Mayor reincorporación laboral tras la baja maternal o inicio de un nuevo trabajo en el grupo experimental comparada con el grupo de comparación. ○ Mejoría de los ingresos familiares al año y a los 3 años de edad del menor en el grupo experimental en el grupo experimental que no se producirán en el grupo de comparación.

Para evaluar el grado de logro del objetivo a largo plazo de la aplicación del Programa Competencias Maternas de prevenir los malos tratos a la infancia en hijos e hijas de madres jóvenes y de bajos recursos económicos se utilizarán dos indicadores:

- El número de notificaciones de maltrato infantil. Se espera un número significativamente inferior de notificaciones en el grupo experimental que en el grupo de comparación al año, a los 3, 6, 10 y 14 años de edad del menor.
- El número de casos confirmados de desprotección por malos tratos. Se espera un número significativamente inferior de casos confirmados en el grupo experimental que en el grupo de comparación al año, a los 3, 6, 10 y 14 años de edad del menor.

Estos datos se obtendrán a través de la información aportada por los servicios encargados de la protección a la infancia y adolescencia.

INSTRUMENTOS

A. Cuestionario de conocimientos maternos

Este cuestionario se encuentra en los anexos (Anexo 3) y las madres del grupo experimental y del grupo de comparación lo cumplimentarán tras firmar el consentimiento para participar en el estudio de evaluación. Lo volverán a cumplimentar al finalizar la intervención (postest), cuando el niño o niña tenga un año y cuando cumpla los 3 años.

B. Hoja de registro de indicadores de la historia clínica

En los anexos de este documento (Anexo 4) se puede consultar la hoja diseñada para la recogida de datos en la historia de salud de los niños y niñas del grupo experimental y del grupo de comparación. Se valora la incidencia de accidentes infantiles, la adherencia a las visitas del Programa de Salud Infantojuvenil y las tasas de vacunación infantil. Además, servirá para recoger datos sobre el desarrollo pondoestatural y el desarrollo psicomotor de los menores.

Lo completará el formador valorando la historia clínica del menor de atención primaria y de su hospital de referencia al año y a los 3 años del menor. También contactará telefónicamente con su pediatra y con su trabajador o trabajadora social por si quieren aportar información.

C. Cuestionarios sobre la red de apoyo

En el Anexo 5 se puede consultar el cuestionario para la valoración del apoyo formal por los Servicios de Atención Primaria. Servirá para valorar la satisfacción de las madres con el apoyo recibido en las consultas del pediatra y de la enfermera pediátrica de su centro de salud. Se responde mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo). Se aplica al grupo experimental y al grupo de comparación al inicio y tras realizar la intervención (a los 6 meses del menor).

En el Anexo 6 se adjunta el cuestionario para la valoración del apoyo formal por los Servicios Sociales Comunitarios. Pretende valorar la satisfacción del apoyo ofrecido por los Servicios Sociales Comunitarios. Presenta también un formato de escala tipo Likert. Se aplica al grupo experimental y al grupo de comparación al inicio y tras realizar la intervención (a los 6 meses del menor).

D. Registro indicadores autosuficiencia económica

En el Anexo 7 figuran los datos que se solicitarán sobre la situación económica y laboral del entorno familiar inmediato tanto del grupo experimental como del grupo de comparación. Se registrarán antes y después del programa, al año y a los 3 años de edad del menor.

La Tabla 2 ofrece un resumen del proceso de recogida de información previsto para evaluar la eficacia del Programa Competencias Materna, exponiendo los instrumentos utilizados y los momentos en los que se recogerá información en el grupo experimental y en el grupo de comparación.

Tabla 2. Resumen del proceso de recogida de información para la evaluación de la eficacia.

	Grupo experimental	Grupo de comparación
Cuestionario de conocimientos maternos	Antes y después de la intervención, al año y a los 3 años de edad del menor.	Antes y después de la intervención, al año y a los 3 años de edad del menor.
Hoja de registro de indicadores de la historia clínica	Al año y los 3 años de edad del menor.	Al año y los 3 años de edad del menor.
Cuestionarios sobre la red de apoyo	Al inicio y tras la intervención.	Al inicio y tras la intervención.
Registro de indicadores de autosuficiencia económica	Antes y después de la intervención, al año y a los 3 años de edad del menor.	Antes y después de la intervención, al año y a los 3 años de edad del menor.
Notificaciones de maltrato infantil	Al año, a los 3, 6, 10 y 14 años de edad del menor.	Al año, a los 3, 6, 10 y 14 años de edad del menor.
Número de casos confirmados de desprotección por malos tratos	Al año, a los 3, 6, 10 y 14 años de edad del menor.	Al año, a los 3, 6, 10 y 14 años de edad del menor.

2.6.2. Evaluación del proceso de ejecución

El pediatra supervisor del programa contactará semanalmente con el formador y con la madre del grupo experimental para registrar varios datos que servirán para valorar la fidelidad al programa. En el Anexo 8 se pueden consultar las tablas para el registro de las sesiones antes y después del parto. Las dos últimas preguntas deben ser respondidas teniendo en cuenta la opinión de la madre.

La Tabla 3 resume las características del programa.

Tabla 3. Características del Programa Competencias Maternas

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Madres primíparas de 18 años o menores, con bajos ingresos, bajo nivel socioeconómico y con nivel educativo inferior a la educación secundaria. Haber firmado el consentimiento informado
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	No cumplir los criterios de inclusión Entorno familiar en seguimiento por violencia Discapacidad materna significativa o patología psiquiátrica no controlada incluyendo el abuso de sustancias
MODELO DE SERVICIOS PRESTADOS	Visitas a domicilio Talleres de 60 minutos de duración Desde la 22 semana de gestación hasta los 6 meses de vida del recién nacido (8 talleres durante la gestación y 11 más tras el parto)
PERSONAL	Titulados o tituladas en enfermería formados para aplicar los contenidos del programa Supervisión y apoyo continuado por un pediatra de Atención Primaria y por el pediatra que lidera el proyecto Apoyo de los servicios sociales y del centro de salud de referencia de la gestante
MATERIALES	Documentos guía para la formación de los sanitarios previo a la implantación de los talleres educativos Folletos para las participantes Cuestionarios de evaluación para los formadores Documentos para recoger información para evaluar la eficacia del programa
SEGUIMIENTO	Contacto semanal telefónico entre los formadores y el supervisor Cada 3 meses reunión con todos los formadores y el supervisor Contacto con redes de apoyo formal mensualmente Reunión al finalizar el programa con las redes de apoyo formal para el seguimiento tras finalizar el programa
EVALUACIÓN	Diseño pretest-postest con evaluaciones de seguimiento a los 3, 6, 10 y 14 años de edad de los niños y niñas.

3. Objetivos de la investigación

El objetivo general de la investigación fue valorar la capacidad del programa para conseguir sus objetivos y obtener propuestas de mejora a través del método Delphi.

Los objetivos específicos fueron:

1. Valorar si es necesaria una formación específica del personal sanitario previa a la realización de los talleres.
2. Valorar si la realización de los talleres tendrá algún impacto sobre las habilidades de crianza de las madres perdurando a lo largo del tiempo.
3. Valorar si es adecuado realizar los talleres de forma individual y en su domicilio.
4. Valorar si el programa puede favorecer un seguimiento conjunto de las familias por parte de los servicios sociales y sanitarios.

4. Metodología

Para valorar la capacidad del programa para cumplir sus objetivos y obtener propuestas de mejora se utilizó el método Delphi realizando una consulta reiterada a un grupo de informantes clave mediante cuestionarios.

Según Varela-Ruiz et al. (2012), la técnica Delphi favorece la investigación en el área de ciencias de la salud. Facilita el contacto con los informantes clave en esta área mediante el uso de las tecnologías de la comunicación sin requerir su presencia sabiendo que son profesionales con una considerable saturación de agendas. Estos autores también consideran que cuando se utiliza este método de investigación no deben participar menos de siete informantes clave, mientras que el máximo se encuentra alrededor de treinta.

Según Romero-Collado (2020), el Delphi es una técnica cualitativa, aunque hay autores que defienden que es mixta y otros que en su fase final es cuantitativa. Una ventaja destacada es que permite la participación de un mayor número de personas eliminando la distancia geográfica y el mantenimiento del

anonimato de sus participantes, evitando ser influenciados por las respuestas de algún miembro del panel.

4.1. Participantes

En esta investigación participaron cinco profesionales sanitarios (un médico de familia, tres pediatras y una enfermera de pediatría) con una amplia experiencia laboral en el ámbito público tanto en actividades asistenciales como de atención comunitaria. Además, se incluyeron 2 profesionales de los servicios sociales comunitarios y un experto en el Sistema de Protección de Menores en Baleares.

Debido a que el programa se deberá implantar desde los servicios sanitarios y pretende aumentar los conocimientos de cuidado materno y del recién nacido, el panel de informantes clave estuvo formado por más sanitarios que por otros perfiles profesionales relacionados con la protección de la infancia y la adolescencia.

4.2. Procedimiento

Se elaboró un primer cuestionario para analizar la capacidad del programa para cumplir sus objetivos, las dificultades para su aplicación en el ámbito de Atención Primaria de Mallorca y evaluar su diseño con el fin de encontrar elementos de mejora (se puede consultar en el Anexo 10).

Se solicitó mediante el correo corporativo la participación de los informantes clave en el panel Delphi para realizar este trabajo de final de máster.

Tras su aceptación, los participantes recibieron un resumen del diseño del programa (que se puede consultar en el Anexo 9) junto con el primer cuestionario (Anexo 10).

Después de recibir las respuestas de todos los informantes clave, se analizaron las respuestas y se creó y envió otro cuestionario (consultar el Anexo 11). Este segundo cuestionario incluyó los resultados obtenidos en el primero

con el fin de aproximarse a un consenso. También incluyó nuevas preguntas que surgieron de las respuestas de los 8 informantes clave.

Tras obtener las respuestas al segundo cuestionario, se logró un gran consenso por lo que no se generaron más cuestiones y se redactó un informe que recogió las respuestas dadas (consultar Anexo 12).

Al recibir cada cuestionario, los informantes clave dispusieron de 10 días para responderlo y a los 5 días se remitió la devolución con el siguiente cuestionario a todos los participantes.

4.3. Instrumentos

El primer cuestionario (consultar el Anexo 10) estuvo compuesto por preguntas abiertas y por preguntas cerradas con un formato de respuesta de escala Likert con un total de 12 preguntas. Se remitió al grupo elegido de informantes clave en abril de 2021 posibilitando la respuesta durante 10 días. Fueron necesarios 5 días para recoger las opiniones y realizar una devolución a los participantes junto con el siguiente cuestionario.

Se realizaron preguntas relacionadas con los siguientes aspectos: necesidades de formación de los o las sanitarias anterior a la realización de los talleres, temas tratados durante la formación y los talleres, formato individual y en el domicilio, duración de los talleres, efectos del taller sobre las madres, el apoyo al programa por otros servicios involucrados en el seguimiento de las familias y aspectos para la mejora del programa.

Debido a que las preguntas 2 y 3 incluyen cuestiones asociadas al ámbito sanitario, no se solicitaron a los profesionales del ámbito de protección. Las preguntas 9 y 10 referidas al papel de los Servicios Sociales no se solicitaron a los profesionales de sanidad.

El segundo cuestionario (consultar el Anexo 11) incluye un resumen de las respuestas recogidas tras el primer cuestionario y se formulan nuevas preguntas algunas de ellas abiertas y otras tipo Likert. Las nuevas preguntas

pretendieron aportar aspectos de mejora del programa además de concretar elementos del primer cuestionario.

Tras la recepción del segundo cuestionario se remite un resumen de las respuestas obtenidas y se finaliza el panel Delphi que se puede consultar en el anexo 12.

5. Resultados

5.1. Resultados del primer cuestionario

La Tabla 4 expone la distribución de los porcentajes de respuesta a las preguntas con formato de escala tipo Likert del primer cuestionario.

Tabla 4. Porcentajes de respuesta a las preguntas del cuestionario 1.

Preguntas	Porcentajes de respuesta				
	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Ni en acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>
¿Considera necesario un programa de prevención de maltrato infantil en Baleares dirigido a madres adolescentes?				25	75
¿Usted cree que los titulados o tituladas en enfermería que trabajan en atención primaria necesitarían una formación específica para aplicar programas domiciliarios de atención a embarazadas adolescentes de familias vulnerables?					100
¿Dentro de la formación previa que reciben los profesionales de enfermería que realizarán los talleres de prevención de maltrato, piensa usted que deberían añadirse aspectos formativos relacionados con el maltrato infantil y la violencia de género?			17	33	50
¿Incluiría formación sobre el riesgo que supone el consumo de drogas durante el embarazo en la formación del personal sanitario?				29	71
¿Trataría aspectos concretos como el maltrato infantil o la violencia de género en los talleres dirigidos a las madres?				33	67
¿Cree que los formadores del programa deberían pertenecer al ámbito de sanidad?			12,5	50	37,5
¿Cree adecuado realizar los talleres de manera			25	37,5	37,5

individualizada?					
¿Opina que realizarlos en el domicilio supondría una ventaja? ¿Opina que realizarlos en el domicilio supondría una ventaja?				50	50
¿Piensa usted que las madres aceptarían que se impartiesen los talleres de formación en su propio domicilio?		12,5		87,5	
¿Considera que incluir a otro familiar en los talleres formativos sería adecuado para mejorar su red de apoyo?				100	
¿Cree que las madres participantes en el programa acudirían más a la matrona y al ginecólogo para controlar su embarazo?			25	52,5	12,5
¿Piensa que los talleres mejorarían los cuidados al recién nacido en estas familias?				50	50
¿Considera que las madres aplicarán lo aprendido en los talleres?				100	
¿Cree que las madres no olvidarán los aprendizajes y los seguirán utilizando?		12,5	25	62,5	
¿Cree que las madres que acudan al programa maltratarán menos a sus hijos e hijas que otras que no lo reciban?				50	50
¿Cree adecuado que el inicio de los talleres sea durante el embarazo?			12,5	12,5	75
¿Prolongaría la duración de los talleres más allá de que el primogénito o primogénita tenga 6 meses?			12,5	37,5	50
¿Cree posible que este programa tenga una buena acogida por parte de los profesionales que trabajan				62,5	37,5

con estas familias?					
¿Considera que el programa mejoraría el trabajo coordinado entre servicios sociales y de sanidad de estas familias?				62,5	37,5
¿Cree que los servicios sociales que colaboran en el Programa tienen un papel adecuado?			33	67	

Pertinencia del programa

Todos los informantes clave estuvieron totalmente de acuerdo (75%) o de acuerdo (25%) en la necesidad de un programa de prevención selectiva del maltrato infantil dirigido a madres adolescentes de bajos recursos.

Necesidades formativas de los profesionales de enfermería:

Todos los informantes clave estuvieron totalmente de acuerdo en la necesidad de formación previa a la aplicación del programa de los profesionales sanitarios. Entre los temas que añadirían a la formación que no están incluidos en el programa, 5 de los 8 subrayaron los siguientes:

- Detección de factores de riesgo social.
- Detección de indicadores de maltrato infantil.
- Realización de historia psicosocial.
- Conocer los recursos disponibles en la atención a familias vulnerables.
- Habilidades comunicativas, entrevista motivacional y empatía.
- Ciclo de la pobreza en el embarazo adolescente.
- Educación afectiva y sexual.
- Psicología evolutiva, del desarrollo y de la adolescencia.
- Modelos de Intervención Familiar Sistémica.
- Psicología positiva.
- Teoría del Apego.
- Resiliencia y Coach.

El 80% refirieron estar de acuerdo en que los profesionales de sanidad carecen de formación específica en maltrato infantil. Creen que deberían formarse en los siguientes aspectos:

- Tipos de violencia.
- Teoría del Trauma.
- Efectos psicológicos y emocionales de la violencia intrafamiliar.

- Detección del maltrato infantil.
- Notificación del maltrato infantil (incluye el Registro Unificado de Maltrato Infantil).
- Prevención del maltrato infantil.
- Detección de la violencia de género.
- Recursos disponibles ante el maltrato infantil y la violencia de género.
- Circuitos de actuación ante el maltrato infantil y la violencia de género.
- Realizar una historia clínica psicosocial.

Más del 80% de los informantes subrayaron que también deberían realizar formación sobre el riesgo que supone el consumo de drogas durante el embarazo.

Características de los talleres domiciliarios:

En los talleres dirigidos a las madres más de la mitad apoyan incluir los siguientes temas:

- Planificación familiar y anticoncepción.
- Empoderamiento y autoconfianza.
- Educación afectivo-sexual.
- Utilización de los recursos sanitarios.
- Aproximación a la historia materna para conocer el modelo de parentalidad que ha recibido.
- Bienestar y buen trato a la infancia.

En cuanto a los temas relacionados con el maltrato que deberían incluir los talleres de formación a las madres, destacaron los siguientes aspectos:

- Tipos de maltrato.
- Aspectos preventivos de la violencia.
- Buen trato a la infancia.
- Indicadores de estar padeciendo algún tipo de violencia.
- Como denunciar la violencia.
- Redes de apoyo ante violencia intrafamiliar.

El 50% de los consultados estuvo de acuerdo y el 37.5% está totalmente de acuerdo en que los formadores deben ser del ámbito sanitario. Uno de los expertos refirió que le parecería adecuado que los formadores pudieran ser tanto del ámbito de sanidad, de educación o de servicios sociales.

En cuanto a la realización de los talleres de forma individualizada, tres sugieren la posibilidad de realizar alguna sesión en forma grupal.

La mayoría estuvieron de acuerdo (62,5%) y totalmente de acuerdo (37,5%) con la realización domiciliaria de las sesiones. Todos excepto uno estuvo de acuerdo con la formación en el domicilio de las madres. Uno estuvo en desacuerdo al referir que supondría una dificultad para la realización del programa que las madres podrían no querer realizar el programa en su domicilio.

Una de las ventajas observadas de realizar las sesiones formativas en el domicilio es que permitiría conocer la realidad de cada familia para ofrecer atención más adecuada.

Todos afirmaron estar de acuerdo en incluir un familiar en la formación.

Un informante estuvo de acuerdo, otro ni de acuerdo ni en desacuerdo y el resto estuvieron completamente de acuerdo en el inicio del programa en el embarazo.

La mayoría afirmaron estar de acuerdo o totalmente de acuerdo en la prolongación del programa.

Resultados del programa

Más del 60% estuvo de acuerdo en que la participación en el programa mejoraría el control del embarazo y su seguimiento por la matrona y/o el ginecólogo o ginecóloga.

La mitad estuvo de acuerdo y la otra mitad refirió estar totalmente de acuerdo en que los talleres mejorarían los cuidados del recién nacido. Todos estuvieron de acuerdo que las madres aplicarían lo aprendido en los talleres y más del 60% refirieron que las madres no olvidarán lo aprendido y lo seguirán aplicando.

La mitad estuvo de acuerdo y la otra mitad refirió estar totalmente de acuerdo en que las madres que acudan al programa maltratarán menos a sus hijos e hijas que otras que no lo reciban.

Aceptación, rol y funciones de los profesionales

Más de 60% opinó que el programa tendría una buena acogida por parte de los profesionales que trabajan con estas familias y más del 60% refirieron que mejoraría el trabajo coordinado entre sanidad y servicios sociales.

El 75% consideraron que servicios sociales tiene un papel adecuado y que podrían también asumir las siguientes funciones:

- Informar sobre recursos y ayudas a los que pueden acceder las familias.
- Dar apoyo emocional a las familias.
- Mejorar aspectos organizativos de la vivienda.
- Apoyo comunitario para las madres.
- Tramitación de recursos y prestaciones a las que tengan derecho.
- Beneficiarse de programas que se lleven a cabo en Servicios Sociales.

Dificultades referidas para la aplicación del programa

Las dificultades referidas para la aplicación del programa en nuestra comunidad autónoma fueron las siguientes:

- Disposición de las adolescentes a participar en el programa.
- Asegurar su continuidad.
- Disponer de personal sanitario para realizar el programa.
- La dispersión de la población (especialmente en la “part forana”).
- La no coincidencia de las zonas de sanitarias con las zonas de actuación de servicios sociales.

Propuestas de mejora del programa

Los aspectos que podrían suponer una mejora para el programa referidos por los informantes clave fueron:

- Hacer alguna sesión de forma grupal.
- Llamar a los talleres de otra forma: visitas domiciliarias.

- Ofrecer apoyo psicológico a la madre para mejorar su autoconfianza.
- Crear un equipo mixto entre salud y servicios sociales para llevar a cabo la intervención conjuntamente.
- Tener en cuenta recursos existentes multidisciplinares de atención a la infancia (Servicio de Atención Temprana).
- Información de las características del programa a todo el equipo del centro de salud al que pertenece la familia.
- Espaciar la frecuencia de las sesiones.

6.2. Resultados del segundo cuestionario

La Tabla 5 expone la distribución de los porcentajes de respuesta a las preguntas con formato de escala tipo Likert del segundo cuestionario. Se exponen los porcentajes de respuesta.

Tabla 5. Porcentajes de respuesta a las preguntas del cuestionario 2.

Preguntas	Porcentajes de respuesta				
	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Ni en acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>
¿Usted cree que los o las profesionales de enfermería están suficientemente formados en aspectos relacionados con el maltrato infantil o la violencia de género?	25	37,5	37,5		
¿Cree que realizar el programa en el domicilio permite conocer la realidad de cada familia para ofrecer atención más adecuada es la mayor ventaja de ofrecer el programa en el domicilio de las jóvenes adolescentes?		12,5	75		12,5
Otra ventaja observada es que permitiría llegar a familias que si se tuvieran que desplazar no acudirían. ¿Está de acuerdo que supondría esta ventaja?				87,5	12,5
¿Os parecería más adecuado iniciar el programa tras el nacimiento y no iniciar la formación en durante la gestación?	50	50			

En el segundo cuestionario se llegó al consenso en algunos aspectos que se detallan a continuación.

En el caso que el formador o la formadora no corresponda al ámbito sanitario, uno de los informantes clave refirió que supondría una dificultad ofrecer la formación sobre temas relacionados con el ámbito de sanidad.

Más de 60% consideraron adecuado hacer una o varias sesiones grupales sobre el buen trato a la infancia, las redes de apoyo o sobre indicadores de estar padeciendo algún tipo de maltrato.

Todos, excepto uno, estuvieron de acuerdo en que la ventaja de la aplicación en el domicilio permite conocer la realidad de cada familia para ofrecer atención más adecuada.

Los informantes estuvieron todos de acuerdo o totalmente de acuerdo en realizar los talleres en los domicilios de las madres ya que ayudaría a las familias que no pueden desplazarse.

Para favorecer el buen control del embarazo durante la adolescencia dieron importancia a la educación, a la fidelización al programa, al apoyo familiar y al empoderamiento y autoconfianza de las madres.

Más de un 60% señalaron la necesidad de hacer sesiones de recordatorio, al menos 2, entre los 3 meses y los 2 años de haber finalizado el programa. Estas harían hincapié en la prevención del maltrato, el apego, la prevención de accidentes y la planificación familiar.

Todos los informantes no estuvieron de acuerdo en que el programa se realizará sólo tras el nacimiento apoyando así su inicio durante el embarazo.

Todos prolongarían el programa mínimo hasta los 12 meses del menor, algunos incluso hasta los 2-3 años (20%) y lo ofrecerían a todas las familias (no sólo a las de mayor riesgo). Además, incluirían sesiones de refuerzo de los aspectos más importantes del programa. En el caso que el formador o la formadora no corresponda al ámbito sanitario, dos de los informantes clave encontraron dificultoso ser capaces de dar formación entorno a temas sanitarios.

Más de un 60% consideró adecuado hacer una o varias sesiones grupales sobre el buen trato a la infancia, las redes de apoyo o sobre indicadores de estar padeciendo algún tipo de maltrato.

Todos, excepto uno, estuvieron de acuerdo en que la ventaja de la aplicación en el domicilio permite conocer la realidad de cada familia para ofrecer atención más adecuada.

Estuvieron todos de acuerdo o totalmente de acuerdo (87,5% y 12,5%) en que aplicar el programa en el domicilio ayudaría a las familias que no pueden desplazarse.

Todos apuntaron no estar de acuerdo en que el programa sea solo tras el nacimiento apoyando así su inicio durante el embarazo.

5.3. Implicación de los resultados en el diseño del programa

La realización de un programa de estas características que pretende disminuir el maltrato infantil en familias de riesgo requiere una etapa inicial para la formación de personas capacitadas para su aplicación. También, requiere de la participación del centro de salud y de los servicios sociales.

Este programa, no sólo pretende mejorar la capacidad de familias con bajos recursos en el cuidado infantil y el autocuidado materno, sino que pretende mejorar la coordinación entre sanidad y servicios sociales en el seguimiento de estas familias.

Para la captación de las madres el Servicio de protección al Menor puede informar de las jóvenes gestantes para ofrecerles el programa tras recibir las notificaciones de embarazos adolescentes emitidas desde los centros sanitarios.

La implicación de las familias que asisten es de vital importancia ya que el espacio donde se realiza es el hogar de las madres primíparas de bajos recursos y requiere su compromiso para garantizar el seguimiento de las sesiones. Además se permitirá que un miembro del entorno de la menor pueda participar aumentando así su apoyo informal.

Los formadores además de estar capacitados para dar la formación deben disponer de empatía y de capacidad vinculatoria con las madres para que la efectividad del programa sea máxima. De la relación entre ambas figuras depende el éxito del programa.

Los talleres proporcionarán herramientas a la familia al mejorar sus conocimientos entorno al desarrollo del recién nacido, la prevención de los accidentes infantiles o la mejoría del vínculo entre otros aspectos con la intención final de la prevención del maltrato infantil en estos entornos de riesgo.

El Programa Competencias maternas además de pretender mejora los cuidados entorno al embarazo y el parto, pretende aumentar las habilidades maternas para el cuidado de sus hijos, promover la adherencia al programa autonómico de visitas infantiles, mejorar la tasa de vacunación y mejora las redes de apoyo informal y informal de las jóvenes madres y fomentar su autosuficiencia económica.

Los objetivos a medio plazo como mejorar el autocuidado de las gestantes, aumentar las habilidades maternas en el cuidado infantil o mejorar la adherencia al programa de seguimiento infantil en Atención Primaria parecen objetivos alcanzables tras la aplicación del programa. Quizá el objetivo de promover la autosuficiencia económica de las madres parece mucho más difícil de conseguir y requeriría del apoyo de Servicios Sociales para ofrecer un plan formativo a las madres y fomentar su inserción laboral.

Los informantes clave estuvieron de acuerdo en la necesidad de ofrecer un programa de estas características que se inicie en el embarazo y se prolongue tras el nacimiento del primogénito o la primogénita. La valoración positiva de todos los informantes clave de la necesidad de un programa de prevención selectiva indica que es una necesidad percibida por un colectivo de profesionales habituados al trato con familias.

Los informantes clave apoyan una fase de formación previa a los sanitarios que conducirán el proyecto, están a favor de su inicio en la gestación, en la aplicación de las sesiones en el domicilio de las gestantes y en su duración.

Los elementos de mejora sugeridos por los informantes clave incluyeron aspectos formativos para ambos grupos sobretodo en relación con temas entorno a la violencia intrafamiliar. Los formadores también podrían recibir formación sobre habilidades comunicativas, entrevista motivacional y empatía para facilitar la realización de los talleres y favorecer un vínculo con las jóvenes. Por lo que se deberían incluir estos temas sugeridos en ambas partes del programa. Además de una sesión para los formadores y formadoras de habilidades comunicativas.

Además, sugirieron la prolongación del programa hasta por los menos los 12 meses del menor que parece acertado sabiendo que la duración del NFP es hasta los 2 años. Parece así importante prolongar el programa para aumentar su efectividad e incluir sesiones de apoyo o de recuerdo tras su finalización. Es significativa la opinión de que la prolongación debería ser para todas las familias y no sólo para aquellas en mayor riesgo.

También, indican la posibilidad de ofrecer sesiones de recuerdo para minimizar la curva de olvido y que tenga repercusión en próximos embarazos. Sería también adecuado ofrecer estas sesiones de forma mensual hasta los 3 años del menor y su formato podría ser grupal.

La posibilidad de incluir e implicar en la formación a un familiar ayudaría a las madres a asegurar el seguimiento, mejorar la comprensión de los temas tratados y tener un aliado para aplicar los conocimientos adquiridos.

La valoración continua del programa permitirá determinar su efectividad y podrá ayudar a su mejora.

Se sugiere también como posible mejora la realización de alguna sesión grupal. Debido a la intención de realizar el programa en el domicilio y por la importancia que supone la relación entre el formador o formadora y la madre, parece que las sesiones grupales podrían ser las de refuerzo tras finalizar el programa y mantener las sesiones individualizadas durante el embarazo y hasta los 6 meses del menor. Además, sería dificultoso realizar sesiones grupales al ser difícil que coincidieran 2 gestantes adolescentes simultáneamente para cumplir la cronología de los talleres.

Los informantes clave sugieren dotar de otras funciones a los trabajadores sociales, entre ellas, dar información de recursos disponibles o tramitar ayudas o prestaciones o beneficiarse de otros programas que dispongan los Servicios Sociales. Todas ellas deberían incluirse en el programa ya que sin duda benefician a las familias.

La mayor dificultad referida por los informantes clave la capacidad de ofrecer este programa de forma continua. Para ello sería necesario la remuneración de los formadores y su formación continua además de la supervisión de programa por un pediatra de atención primaria que ayudará a que el programa se aplique con fidelidad, se apliquen los contenidos y se evalúe. Otra dificultad apreciada es la dificultad en la captación de las madres y en su adherencia al programa, esto también podría minimizarse ofreciendo algún tipo de remuneración.

Cabe destacar la importancia de conseguir una buena relación entre el formador o formadora y la madre que permita su vinculación como proceso vital del programa que favorezca el aprendizaje.

Además, una de las finalidades es mejorar el seguimiento coordinado de estas familias en riesgo por Servicios Sociales y sanidad que beneficiaría a largo plazo a estos menores de familias de bajos recursos. Para ello se debería implicar a ambos servicios invitándolos a participar en algunas de las sesiones y realizando una reunión tras su finalización para favorecer el seguimiento por ambos servicios al acabar el programa.

6. Conclusiones

El objetivo del estudio fue evaluar mediante un panel Delphi la capacidad del programa para conseguir sus objetivos y obtener propuestas de mejora a través del método Delphi. Se obtuvieron varias propuestas de mejora destacando la prolongación del programa hasta mínimo los 12 meses del menor y la realización de sesiones de refuerzo hasta los 3 años.

La realización de un programa de prevención selectiva de estas características permitiría aumentar los conocimientos y habilidades de madres jóvenes de pocos recursos para mejorar el control del embarazo y el cuidado de

los recién nacidos. Por lo que puede suponer una estrategia de promoción de la salud puerperal e infantil. Todo ello con la finalidad de prevenir el maltrato infantil.

Este programa se asemeja al Programa Nurse-Family Partnership en su inicio durante el embarazo, la población a la que se dirige la formación, la presentación de los talleres de forma individualizada y en el domicilio de la gestante, la formación llevada a cabo por enfermeros o enfermeras previamente capacitados para su realización, la supervisión continua y la evaluación del programa. El NFP tiene mayor duración: hasta los 2 años del menor.

Las principales características del Programa Competencias Maternas incluyen la capacitación previa de los formadores, la inclusión de un familiar durante los talleres y la realización de las sesiones de forma individualizada en el domicilio de las familias participantes.

Para superar barreras como la participación de las madres se podría preguntar sobre la idoneidad del programa a madres de bajos recursos que gestaron durante la adolescencia y que aportaran ideas para mejorar la captación y fidelización al programa.

Para favorecer su continuidad se debería formar un equipo de formadores que recibirían una remuneración por elaborar el programa y motivarlos garantizando su supervisión y apoyo debido a la dificultad de trabajar en entornos de bajos recursos.

La utilidad de un programa de estas características parece apoyada por todos los expertos del panel Delphi debido a la no despreciable tasa de embarazos adolescentes en nuestra comunidad autónoma.

Cabe destacar que un programa de estas características sería favorable para mejorar las habilidades de autocuidado y de crianza de estas jóvenes madres dando lugar mejoras en los cuidados infantiles que podrían repercutir en minimizar el maltrato sobretodo las negligencias.

Debido a la poca necesidad de personal y materiales que requiere y a que las sesiones se realizan en los domicilios de las gestantes parece que sería un programa que no necesitaría una gran dotación económica para su implantación.

7. Referencias bibliográficas

- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-716. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.4.709>
- Barlow, J., Smailagic, N., Bennett, C., Huband, N., Jones, H., y Coren, E. (2011). Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002964.pub2>
- Bowlby, J. (1979). The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 2(4), 637-638. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00064955>
- Blueprints for Healthy Youth Development. (s.f). *Nurse-Family Partnership*. <https://www.blueprintsprograms.org/nurse-family-partnership/>
- Cabanillas, M. C., González, J. M. M., y Ortega, M. G. J. (1996). Child abuse prevention. *Anuario de Psicología Jurídica*, 1(1), 104-118.
- California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare. (s.f). *California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare. Nurse-Family Partnership*. <https://www.cebc4cw.org/program/nurse-family-partnership/>
- Casillas, K. L., Fauchier, A., Derkash, B. T., y Garrido, E. F. (2016). Implementation of evidence-based home visiting programs aimed at reducing child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 53, 64-80. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.10.009>
- De la Herrán, A. (2015). Educación prenatal y Pedagogía prenatal. *Revista Ibero-Americana de Educación*, 69(1), 9-38.
- Delgado, A. O., y Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81.

- Donelan-McCall, N., Eckenrode, J., y Olds, D. L. (2009). Home visiting for the prevention of child maltreatment: Lessons learned during the past 20 years. *Pediatric Clinics of North America*, 56(2), 389-403. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2009.01.002>
- Duggan, A., Portilla, X. A., Filene, J. H., Crowne, S. S., Hill, C. J., Lee, H., y Knox, V. (2018). Implementation of Evidence-Based Early Childhood Home Visiting: Results from the Mother and Infant Home Visiting Program Evaluation. OPRE Report 2018-76A. *Office of Planning, Research and Evaluation*.
- Eckenrode, J., Campa, M., Luckey, D. W., Henderson, C. R., Jr, Cole, R., Kitzman, H., Anson, E., Sidora-Arcoleo, K., Powers, J., y Olds, D. (2010). Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths: 19-year follow-up of a randomized trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(1), 9–15. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2009.240>
- Eckenrode, J., Campa, M. I., Morris, P. A., Henderson Jr, C. R., Bolger, K. E., Kitzman, H., y Olds, D. L. (2017). The prevention of child maltreatment through the nurse family partnership program: Mediating effects in a long-term follow-up study. *Child Maltreatment*, 22(2), 92-99. <https://doi.org/10.1177/1077559516685185>
- Lizarraga, C., y Sánchez-Arruiz, A. (2002). Visita domiciliaria al recién nacido y a la puérpera. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25 (2), 7-16.
- Manso, J. M. M. (2006). Revisión de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(2), 271-292.
- Michalopoulos, C., Faucetta, K., Hill, C. J., Portilla, X. A., Burrell, L., Lee, H., y Knox, V. (2019). Impacts on family outcomes of evidence-based early childhood home visiting: Results from the mother and infant home visiting

program evaluation. *Research, and Evaluation, Administration for Children and Families, US. DHHS.*

- Miller, S., Maguire, L. K., y Macdonald, G. (2011). Home-based child development interventions for preschool children from socially disadvantaged families. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (12).
- Nurse-Family Partnership-Helping First-Time Parents Succeed. (s.f). *Nurse-Family Partnership*. <https://www.nursefamilypartnership.org>
- Gascón, P., Mazón, A., Ruiz, T., Pallé, S. B., Donat, M., Fontestad, V., y Pérez, E. (1998). Programas de seguimiento del niño en atención primaria: fallos en la asistencia a visitas programadas. *Atención Primaria: Publicación Oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 21(7), 458-461.
- Iglesias Constante, S. M. (2015). Revisión sistemática sobre la efectividad de la visita posparto en el domicilio frente a otros tipos de seguimiento posparto. *Matronas Profesión*, 16(2), 44-49.
- Olds, D. L., Kitzman, H., Knudtson, M. D., Anson, E., Smith, J. A., y Cole, R. (2014). Effect of home visiting by nurses on maternal and child mortality: Results of a 2-decade follow-up of a randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 168(9), 800-806.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.472>
- Olds, D. L., Robinson, J., Pettitt, L., Luckey, D. W., Holmberg, J., Ng, R. K., Isacks, K., Sheff, K., y Henderson, C. R., Jr (2004). Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: age 4 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 114(6), 1560–1568.
<https://doi.org/10.1542/peds.2004-0961>
- Olds, D. L., Sadler, L., y Kitzman, H. (2007). Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 355-391.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01702.x>

- Patterson, G. R. (1982). *Coercive Family Process* (3). Castalia Publishing Company.
- Primeras recomendaciones del PACAP. (2004). ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? *SemFYC e Instituto de Salud Pública de Madrid*. 1-57.
- Revilla, L., Luna, J., Bailón, E., y Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia*, 6(1), 10-18.
- Reguant-Álvarez, M., y Torrado-Fonseca, M. (2016). El método delphi. *REIRE, Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 9(1), 87-102.
<https://doi.org/10.1344/reire2016.9.1916>
- Romero-Collado, A. (2020). Elementos esenciales para elaborar un estudio con el método (e) Delphi. *Enfermería Intensiva*, 32(2), 100-104.
<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.09.001>
- Servicio de Salud de las Islas Baleares (2018). Programa de Salud Infantoadolescente. *Ibsalut*.<https://www.ibsalut.es/apmallorca/es/pacientes-y-familiares/salud-infantoadolescente>
- U.S. Department of Health & Human Services (2019). *Home Visiting Evidence of Effectiveness. Nurse-Family Partnership*.
<https://homvee.acf.hhs.gov/effectiveness/Nurse-Family%20Partnership%20%28NFP%29%C2%AE/In%20Brief>
- Varela-Ruiz, M., Díaz-Bravo, L., y García-Durán, R. (2012). Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investigación en Educación Médica*, 1(2), 90-95.
- World Health Organization. (1998). Promoción de la salud: glosario. *Copenhagen: WHO Regional Office for Europe*.

World Health Organization. (1986). The Ottawa charter: Principles for health promotion. *Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.*

Yanez , R., y Cuadra, R. (2008). La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Ciencia y Enfermería*, 14(1), 9-15.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532008000100002>

Referencias bibliográficas de los anexos

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). (2009). Supervisión del desarrollo psicomotor y afectivo. Trastornos asociados. *En AEPap (Ed), Programa de Salud Infantil*, 129-156. Exlibris Ediciones SL.

Álvarez, A. I., Leiva, L. F. L., y Garvín, J. R. (2018). Alimentación durante el embarazo y la lactancia. *Revista ROL de enfermería*, 41(9), 57-64.

Esparza, M. J., Mintegi, S., y Azkunaga, B. (2016). Guía para padres sobre la prevención de lesiones no intencionadas en la edad infantil. *Asociación Española de Pediatría.*

<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/guia-padres-prevencion-lesiones-no-intencionadas.pdf>

Cereceda Bujaico, M. D. P., y Quintana Salinas, M. R. (2014). Consideraciones para una adecuada alimentación durante el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 60(2), 153-160.

Callén Blecua, M.T., Morell Benabé, J. J., y Grupo de Vías Respiratorias AEPap. (21 de octubre de 2015). Llega la bronquiolitis, ¿qué debemos saber?

Familia y Salud. <https://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/sistema-respiratorio/bronquios-y-pulmones/llega-la-bronquiolitis-que-debemos>

- Carro, T., Sierra, J. M., Hernández, M. J., Ladrón, E., y Antolín, E. T. (2000). Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Medicina General y de Familia*, 24, 452-6.
- Casas, S. I., García, M. C., y Salgado, S. G. (2009). Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. *Matronas Profesión*, 2, 5-11.
- Ceccaldi, P. F., Duveillier, C., Poujade, O., Chatel, P., Pernin, E., Davitian, C., y Luton, D. (2015). Control del embarazo normal. *EMC-Ginecología-Obstetricia*, 51(4), 1-14. [https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(15\)74762-4](https://doi.org/10.1016/S1283-081X(15)74762-4)
- Comité Asesor de Vacunas de la AEP. (2021, enero). Calendarios acelerados. Inmunización de rescate en niños y adolescentes con vacunación inadecuada. *Manual de vacunas en línea de la AEP*. <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-11>
- De la Herrán, A. (2015). Educación prenatal y Pedagogía prenatal. *Revista Ibero-Americana de Educación*, 69(1), 9-38.
- Dennis, C. L., y Creedy, D. (2013). Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión posparto. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>
- Fernández, J. G. (2018). *Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría*. Médica Panamericana.
- López-Herce, J., Rodríguez, A., Carrillo, A., de Lucas, N., Calvo, C., Civantos, E., y Manrique, I. (2017). Novedades en las recomendaciones de reanimación cardiopulmonar pediátrica. *Anales de Pediatría*, 86 (4), 229-238. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.11.004>
- Macías, C. C., Martínez, I. M., Núñez, A. R., y Cid, J. L. H. (2006). Reanimación cardiopulmonar básica en Pediatría. *Anales de Pediatría*, 65 (3), 241-251. [https://doi.org/10.1016/S1695-4033\(06\)70187-4](https://doi.org/10.1016/S1695-4033(06)70187-4)

- Martínez, C. C. (2004). Accidentes en la infancia: su prevención, tarea de todos. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 6(24), 55-67.
- Méndez, J. J. (2014). Reanimación cardiopulmonar básica en pediatría. Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario La Paz. Madrid. *Pediatría Integral*, 18(4), 252-260.
- Miaja, M. F., Fernández, C. R., Pérez, M. F., Zubillaga, D. M., Quiñones, J. M., y Fernández, L. R. (2015). Cuantificación del sueño y presencia de alteraciones en la duración del sueño en niños menores de 2 años. *Anales de Pediatría*, 82(2), 89-94. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.02.002>
- Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. (2014). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*.
- Morales, J. (2012). Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Asociación Española de Pediatría. <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna-comite-lactancia-materna>
- Moreno, J. M., Galiano, M. J., y Dalmau, J. (2013). Alimentación complementaria dirigida por el bebé («baby-led weaning»). ¿Es una aproximación válida a la introducción de nuevos alimentos en el lactante? *Acta Pediátrica Española*, 71(4), 99-103.
- Garach, A. (2019, 9 julio). ¿Qué debo saber sobre la fiebre? *Familia y Salud*. <https://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/infecciones/fiebre-e-infecciones/que-debo-saber-sobre-la-fiebre>
- García, F. J. Á., Ortega, M. J. C., Aldeán, J. Á., Garcés-Sánchez, M., Sánchez, N. G., Llanos, E. G., Hernández, A., Lofrío, A., Merino, M., Montesdeoca, A., Navarro, M. L., y Ruiz-Contreras, J. (2020, January). Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones

2020. *Anales de Pediatría*, 92(1), 52e1-52e10.
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.10.007>
- Grupo de Atención Temprana. (2019). Libro blanco de la atención temprana. Real Patronato sobre Discapacidad. https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO625/libro_blanco_atenciontemprana.pdf
- Pascual, J.M., y Hoyos , C. (2011, 10 noviembre). Cólico del lactante. *Familia y Salud*. <https://www.familiaysalud.es/podemos-prevenir/eventos-del-desarrollo/consejo-anticipado/colico-del-lactante>
- Perdomo, M., y de Miguel, F. (2015). Alimentación complementaria en el lactante. *Pediatría Integral*, 19(4), 260-267.
- Pérez, J. A. (2000). Tabaco, alcohol y embarazo en Atención Primaria. *Medicina Integral*, 30(9), 343-354.
- Pin, G., y Lluch, A. (2011). El sueño en el primer año de vida: ¿cómo lo enfocamos? *Pediatría Atención Primaria*, 13, 101-111.
- Salmón, F. y Salmón, N. (2019, 8 mayo). Prevención y manejo de la plagiocefalia postural “A buen Tiempo, buenas Formas”. *Familia y salud*. <https://www.familiaysalud.es/podemos-prevenir/eventos-del-desarrollo/deteccion-precoz/prevencion-y-manejo-de-la-plagiocefalia>
- Sánchez, M., Pallás, C., Botet, F., Echániz, I., Castro, J., y Narbona, E. (2009). Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Anales de Pediatría*. 71(4), 349-361. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2009.07.012>
- Sánchez, F. J. y grupo PrevInfad, G. (2016). Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 9(36), 669-681.
- Servicio de Salud de las Islas Baleares (2018). *Programa de Salud Infantoadolescente*. Ibsalut.

<https://www.ibsalut.es/apmallorca/es/pacientes-y-familiares/salud-infantoadolescente>

Villol, N., Kheiri, I., Mora, T., Saucedo, S., y Prieto, M. (2002). Hábitos del sueño en niños. *Anales de Pediatría*, 57(2), 127-130.

[https://doi.org/10.1016/S1695-4033\(02\)78686-4](https://doi.org/10.1016/S1695-4033(02)78686-4)

Pareja-Martínez, A., y Pérez-Giménez, G. (2016). Principales cuidados del recién nacido en los primeros 15 días de vida: revisión bibliográfica. *Archivos de Ginecología y Obstetricia*, 14(26), 1-13.

Parodi, J. C., Meana, J. L., Ramos, J. H., y Arce, O. (2005). Ictericia neonatal: revisión. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 151(8), 9-16.

Protocolos, S. E. G. O. (2011). Control prenatal del embarazo normal. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 54(6), 330-349.

Verdú, F. J. M. (2009). *Nutrición y alimentación humana*. Ergon.

8. Anexos

8.1. Anexo1. Documentos guía para la formación de los educadores previo a la implantación de los talleres educativos

A continuación, se aporta una revisión de los diferentes temas que se pretenden tratar los talleres en domiciliarios que servirán de documentación para la formación de los enfermeros y las enfermeras que los impartirán.

DURANTE EL EMBARAZO

1. Alimentación saludable y ejercicio físico durante el embarazo

La atención de la embarazada requiere la evaluación del estado nutricional al inicio de la gestación con un seguimiento ponderal durante todo el proceso dando una orientación dietética que garantice una alimentación y nutrición adecuada para la madre y el feto. Los objetivos principales de la alimentación durante la gestación son cubrir las necesidades nutritivas maternas, cubrir las necesidades del crecimiento fetal, afrontar mejor el momento del parto y preparar la futura lactancia.

La ganancia ponderal adecuada durante la gestación es de 3,5 kg a 4 kg a las 20 semanas con un aumento de entre 400 y 500 g semanales hasta llegar a las 40 semanas con un incremento total de entre 9 y 12,5kg.

La cantidad de alimentos que consume la mujer en el período de gestación debe ser la misma aunque la OMS recomienda una ingesta adicional de 285 kcal/día para las mujeres que conservan su grado de actividad física, y para aquellas que reducen dicha actividad es aumentar unas 200 kcal/día. La dieta debe ser variada incluyendo todos los grupos nutricionales debiendo aumentar el contenido proteico de hasta 100 gramos en el segundo trimestre y hasta 120 gramos en el tercero y en el período de lactancia. Se debe asegurar un aporte de hierro que suele requerir una suplementación adicional junto con el de zinc. Es importante el consumo diario de alimentos de origen animal ya que son fuentes de ácido fólico, calcio y vitamina A.

Según Cereceda y Quintana (2014), la gestante debe tener tres comidas principales al día más una ración adicional, que puede tener la siguiente

distribución calórica: desayuno (20%), almuerzo (45%), cena (20%) y merienda (15%). Deben evitarse los excesos de azúcares, bebidas gaseosas o cafeína y recomendar el uso de sal yodada como fuente de yodo imprescindible.

Los efectos de las deficiencias y desequilibrios nutricionales en estas etapas de la vida de la mujer se han descrito bien en múltiples estudios epidemiológicos. Pueden ocasionar problemas de prematuridad y mortalidad infantil, incluso el desarrollo posterior de distintas enfermedades crónicas como diabetes tipo 2, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y obesidad.

Las dietas vegetarianas pueden ser carentes de vitamina B12, calcio, hierro y lisina por lo que suelen requerir suplementación durante la gestación.

En cuanto a la actividad física, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia recomienda en una gestante sana una actividad física aeróbica de tres a cinco veces por semana de intensidad moderada. Esto equivale a que el esfuerzo realizado no debe superar el 60-70% de su capacidad máxima. En términos generales se aconseja caminar, los programas de gimnasia específicos para embarazadas, la natación o los programas de gimnasia acuáticos específicos. Hay que evitar los deportes de contacto, actividades con riesgo de caída o de características extenuantes.

2. Hábitos tóxicos durante el embarazo y repercusión sobre el feto

El consumo de alcohol produce efectos nocivos sobre el feto pudiendo provocar el síndrome alcohólico fetal caracterizado por anomalías faciales, afectación del corazón y del sistema nervioso central que da lugar a discapacidad intelectual. Se debe tener en cuenta que el consumo de alcohol durante el embarazo es la causa no genética más frecuente de retraso mental. Así mismo, se considera que el alcohol es causante del 5% de los abortos espontáneos, pudiendo llegar al 45% en aquellas mujeres que beben 45 o más ml/día de alcohol absoluto (Pérez, 2000).

Otras consecuencias descritas son la mayor frecuencia de desprendimiento prematuro de placenta, bajo peso al nacimiento y diversas malformaciones fetales.

La cafeína se comporta como teratógeno a dosis altas, pero a baja dosis también tiene efectos como el retraso en la osificación. Algunos estudios, según Pérez (2000), encuentran también un aumento del índice de abortos, prematuridad y bajo peso al nacer, aunque otros no encuentran efectos sobre la salud materna o fetal. La cantidad diaria no debe sobrepasar los 200mg de cafeína que equivaldría a dos tazas de café.

El consumo de tabaco provoca efectos nutricionales y no nutricionales sobre la madre y el feto. Da lugar al envejecimiento placentario con daños vasculares y aumentando el riesgo de parto prematuro. Además, la disminución del flujo sanguíneo placentario disminuye el aporte de nutrientes al feto dando lugar a retraso en el crecimiento fetal y un bajo peso al nacimiento. También da lugar a una disminución de los niveles de vitamina B12, folato y vitamina C.

Por otro lado, los niños expuestos al tabaco durante el embarazo tienen disminución de la función pulmonar, están más irritables, tienen mayor riesgo de muerte súbita y de infecciones respiratorias. El consumo materno de tabaco durante la gestación puede dar lugar a un síndrome de abstinencia en el recién nacido que se mostrará irritable o difícilmente consolable.

El consumo de drogas durante la gestación comporta una gran variedad de complicaciones médicas y obstétricas debidas tanto a la acción directa de la droga como a los factores asociados a la adicción a drogas. Las complicaciones más frecuentes durante el embarazo en el que se consumen drogas son la hepatitis, endocarditis e infecciones de transmisión sexual. Entre las complicaciones no infecciosas la anemia es la más frecuente asociada a grados variables de desnutrición. Asimismo, la adicción a drogas suele condicionar un estilo de vida poco compatible con el cuidado de la salud materna y con los cuidados necesarios del recién nacido. El abuso de drogas durante el embarazo puede dar lugar a síntomas de abstinencia tras el parto en la madre y/o en el recién nacido. La sintomatología dependerá del tóxico consumido, la frecuencia y la cantidad. La sospecha del uso de drogas durante la gestación comportará un ingreso del neonato para observar y, en caso necesario, tratar esta sintomatología.

3. Vacunación durante el embarazo

En todas las mujeres en edad reproductiva debería ser evaluado el cumplimiento de su calendario vacunal histórico previo al inicio de la gestación.

Las vacunas con virus vivos o atenuados están en general contraindicadas y no deben ser administradas durante la gestación: sarampión, rubeola, parotiditis, varicela y poliomielitis (vacuna tipo Sabin). Tras la vacunación de una mujer con virus vivos o atenuados, debe transcurrir un periodo mínimo de 4 semanas antes de iniciar su embarazo, aunque la vacunación accidental durante este no justifica su interrupción. Debe recomendarse la vacunación de rubéola en el posparto a las mujeres no inmunes.

Las vacunas con virus inactivos, las vacunas bacterianas y los toxoides pueden ser utilizadas con seguridad durante la gestación y la lactancia: difteria, tétanos, cólera, meningococo, neumococo, hepatitis A, hepatitis B, rabia, poliomielitis (vacuna tipo Salk). La vacunación frente a influenza y gripe H1N1 debe ser ofertada a todas las gestantes durante los periodos estacionales susceptibles de contagio.

La vacunación frente a la tosferina de la mujer embarazada es la mejor estrategia para proteger al bebé en los primeros meses de vida, cuando es más vulnerable. La vacunación materna durante el embarazo pretende impedir que la mujer adquiera la tosferina y contagie al neonato, lo que es una forma de estrategia del nido ya que se transfieren anticuerpos al feto vía transplacentaria que protegen al feto hasta que inicie la primovacunación a los 2 meses de vida.

Se recomienda vacunar con la vacuna combinada contra la difteria, tétanos y tos ferina (dTpa) a todas las mujeres embarazadas entre las 27 y las 36 semanas de embarazo (aunque se puede administrar en cualquier momento del embarazo). Se debe revacunar en cada nuevo embarazo, ya que el nivel de anticuerpos disminuye rápidamente. Se puede vacunar simultáneamente con ambas vacunas antigripal y de la tos ferina.

4. Seguimiento ginecológico

El control prenatal del embarazo normal forma parte de un protocolo de acompañamiento que garantiza la detección sistemática y la prevención de las complicaciones maternas o fetales. El elemento más importante de la prevención es la información a las embarazadas, sobre todo la relativa a algunas enfermedades infecciosas, y al consumo de tóxicos (alcohol, tabaco y otras sustancias).

La asistencia al embarazo comienza en la visita de captación. Esta primera consulta prenatal debe realizarse en el curso de las primeras 12 semanas de gestación, idealmente antes de la décima semana, lo cual posibilita una captación precoz de la gestante y una adecuada planificación de las acciones a realizar durante todo el periodo gestacional.

Además de garantizar el seguimiento se deben dar recomendaciones generales como la evitación de sustancias tóxicas y valorar los factores de riesgo perinatal. Un factor de riesgo perinatal, según la S.E.G.O (2018), es una característica o circunstancia social, médica, obstétrica o de otra índole que, si ocurre durante la gestación, se asocia a una morbilidad y mortalidad perinatal y materna superior a la de la población general.

El cribado serológico durante el embarazo es universal y se solicita en la primera consulta ginecológica. Se realizará a todas las gestantes e incluye serología de la rubeóla (se recomienda vacunación postparto en caso de no existir inmunidad), Hepatitis B y C, Sífilis (que si existen factores de riesgo se repetirá al menos en el tercer trimestre del embarazo) y VIH (en caso de riesgo se repetirá en el segundo y tercer trimestres).

El cribado a grupos de riesgo incluye la serología de la Enfermedad de Chagas se realizará a las mujeres de origen latinoamericano (excepto islas del Caribe) y el estado de inmunidad al virus de zika a las mujeres que provienen de un área endémica o las que hayan viajado a estas zonas durante el embarazo o los 2 meses previos.

No está recomendado el cribado serológico de la toxoplasmosis ni del citomegalovirus por su falta de eficacia (se deben recomendar las medidas preventivas).

Prácticamente existe unanimidad en la recomendación de que durante un embarazo de curso normal se realicen tres exploraciones ecográficas. Y se considera un buen control del embarazo al menos 5-6 consultas prenatales.

El cribado de la diabetes gestacional se realiza durante el segundo trimestre del embarazo y durante el primero si existen factores de riesgo (mayor de 35 años, obesidad, antecedentes de diabetes en familiares de primer grado e hijo previo macrosoma).

Entre las semanas 35 y 37, el ginecólogo realiza un análisis rutinario a la embarazada para saber si esta tiene infección por estreptococos del grupo B mediante la obtención de un exudado vaginal y rectal y enviará las muestras a un laboratorio para su análisis. Los estreptococos del grupo B son bacterias que pueden estar en la vagina de mujeres sanas, a las que no causa ningún daño. Pero el bebé al atravesar el canal del parto podría infectarse y la infección en el recién nacido puede complicarse. Entre el 10% y el 30% de las mujeres embarazadas son portadoras de la bacteria estreptococos del grupo B (EGB).

Si la prueba de estreptococo grupo B da negativo, no será necesario tomar medidas. Si la prueba de estreptococo grupo B da positivo, se administrarán antibióticos durante el trabajo de parto para prevenir la enfermedad del estreptococo del grupo B en el recién nacido (meningitis, neumonía o sepsis).

5. Tipos de parto

El parto natural es aquel que ocurre vía vaginal sin instrumentación y sin la ayuda de fármacos. El proceso del parto natural se categoriza en cuatro fases: el borramiento y dilatación del cuello uterino, el descenso, nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta.

La anestesia habitual utilizada durante el parto es la anestesia epidural considerada el método más efectivo y validado para tratar el dolor derivado de las contracciones uterinas. Se realiza en el paritorio, una vez que se ha iniciado el trabajo de parto, cuando las contracciones uterinas se producen en un intervalo regular de tiempo y empieza la modificación del cuello uterino.

Consiste en la infiltración de anestésico local en la zona donde se da la inyección epidural seguida de la introducción de una aguja en el espacio epidural con la introducción del catéter para administrar anestésicos locales que se distribuyen alrededor de las raíces nerviosas para producir un bloqueo del estímulo doloroso. La duración de la técnica es de aproximadamente 30 minutos, el alivio del dolor se alcanza aproximadamente 20 minutos después de finalizar la punción y da lugar a una disminución del dolor progresiva.

Además, el parto puede asistirse con la oxitocina, utilizada ante complicaciones de retraso grave de alumbramiento ya que favorece la contracción uterina. La episiotomía (incisión quirúrgica en la zona del perineo) también puede ayudar al alumbramiento.

Un parto vaginal con o sin ayuda farmacológica se denomina parto eutócico.

El parto vaginal instrumental o distócico es el que precisa asistencia durante el expulsivo mediante fórceps, espátulas o ventosas que mediante la sujeción de la cabeza del bebé ayudan a su progresión por el canal del parto.

El parto por cesárea es un procedimiento quirúrgico para la extracción del recién nacido a través del abdomen y del útero materno. Suele indicarse al evidenciar sufrimiento fetal, ante complicaciones maternas como la preeclampsia o la sospecha de infección intrauterina, fallos de inducción, placenta previa, cesárea iterativa, macrosomía, fallo del parto instrumental o bebé malposicionado.

6. Cuidado emocional de la madre y prevención de la depresión postparto

Durante el embarazo y el puerperio se sucede una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasiona una mayor vulnerabilidad para la aparición de los trastornos psíquicos en la mujer.

Los trastornos del estado de ánimo en el posparto acontecen de una manera frecuente en las primeras semanas tras el parto y comportan considerables repercusiones tanto para la propia mujer, el recién nacido y el

entorno familiar. Se han descrito 3 cuadros: la depresión postparto leve, la depresión mayor postparto y la psicosis postparto.

El cuadro leve se caracteriza por ansiedad, insomnio, irritabilidad, labilidad emocional, cefaleas, cambios del apetito y sentimiento de minusvalía. Presenta una mínima implicación sobre la actividad habitual de la madre y se ha considerado como un proceso mental fisiológico de adaptación a la nueva situación.

La depresión mayor postparto presenta mayor intensidad de los síntomas con mayor duración. La forma de inicio más característica es la de una depresión melancólica, con fuertes sentimientos de culpa, de incapacidad total de hacerse cargo de su hijo y de ambivalencia en relación con el afecto por éste.

La psicosis postparto aparece generalmente de forma brusca entre el del tercer y el noveno día postparto, aunque puede iniciarse incluso en el sexto mes. Los síntomas suelen comenzar como insomnio o incapacidad para descansar, junto con irritabilidad, ansiedad e inestabilidad del estado de ánimo.

A continuación, pueden darse signos de confusión, preocupación excesiva por trivialidades o rechazo de la comida. Después de la fase inicial, generalmente de una semana, tiene lugar la fase aguda, en la que aparece propiamente la actividad delirante y alucinatoria, así como otros síntomas graves. En la mayoría de los casos se requerir hospitalización.

En una revisión Cochrane en 2013, las intervenciones psicosociales y psicológicas reducen de manera significativa el número de mujeres que contraen depresión posparto pareciendo las intervenciones individuales más beneficiosas que las grupales. Las intervenciones que se iniciaron en el período posparto también redujeron de manera significativa el riesgo de desarrollar sintomatología depresiva.

7. Lactancia materna: ventajas

Según la OMS la lactancia materna es el alimento preferible para los lactantes y se puede ingerir de forma exclusiva hasta los 6 meses de vida. El

éxito y la continuación de ésta dependen de factores educacionales sobre la madre y los apoyos del entorno sanitario y social.

Sus ventajas están bien documentadas: tiene acción antiinfecciosa e inmunomoduladora, es económica y fácilmente accesible, aporta nutrientes suficientes, mejora el vínculo entre madre e hijo, disminuye la depresión postparto...

Sus contraindicaciones son escasas: madre VIH (en países desarrollados), madre con infección por virus linfotrófico de células humanas, madre con virus de herpes simple en el pezón, madre con tuberculosis, madre con psicosis grave, madre en tratamiento oncológico, niños con galactosemia, malabsorción congénita de glucosa-galactosa o deficiencia primaria de lactasa y consumo materno de drogas o de fármacos incompatibles con la lactancia.

Una técnica correcta de lactancia favorece el vaciado del pecho y es estímulo para la producción de leche evitando complicaciones como grietas o dolor. Existen diferentes posturas para el amamantamiento que tiene en común que el cuerpo de lactante se enfrenta al de la madre, el mentón debe tocar el pecho y el labio inferior debe estar evertido. En general se ofrecerá un pecho hasta su vaciado y después el contralateral y en la siguiente toma se ofrecerá el último pecho ofrecido anteriormente. La parte final de la toma contiene más grasas, por ello se recomienda su vaciado completo.

Debe insistirse a las madres que lactan que se recomienda una dieta variada y equilibrada aumentando el aporte de agua y proteínas. Ningún alimento aumenta la producción de leche siendo el mejor estímulo que el bebé lacte a demanda y sin restricciones en un entorno tranquilo.

Algunos alimentos como la coliflor, las coles de Bruselas o los espárragos, suelen dar un sabor desagradable a la leche no deben contraindicarse ya que ayudan al recién nacido a familiarizarse con los diferentes sabores.

Por otro lado, además de evitar el consumo de drogas y tóxicos durante el amamantamiento, es importa conocer que muchos fármacos se secretan por la leche materna y debe evitarse su uso sin indicación médica. Aunque muchos

de los fármacos habituales son compatibles con ésta y en muy pocas ocasiones es necesario suspender la lactancia (Morales, 2012).

La lactancia materna no puede considerarse un método que evite el embarazo por lo que se recomiendan métodos anticonceptivos de barrera o la colocación de dispositivos uterinos.

7. Contacto con las redes de apoyo informal y formal

En esta visita preparto se permitirá el acceso a la sesión de uno o dos familiares para conocer la red de apoyo natural de la gestante y asegurar la detección de los síntomas de parto inminente.

Se explicarán las señales de parto inminente que hagan sospechar la posibilidad de que esté comenzando el parto. Estas son, según la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (S.E.G.O, 2011):

- Contracciones uterinas rítmicas, progresivamente más intensas y con una frecuencia de al menos 2 en 10 minutos durante 30 minutos.
- Pérdida de líquido por la vagina (sospecha de rotura de la bolsa amniótica).
- Pérdida de sangre por la vagina.
- Se puede recordar que durante el puerperio (los primeros 40 días después del parto), se debe evitar el coito.

Se informará al equipo al de servicios sociales del trabajo realizado con las gestantes y se solicitará su colaboración para el asesoramiento educativo y/o laboral para los meses siguientes. Si la relación ya está establecida se puede coordinar la presencia de un técnico de servicios sociales en esta visita.

Por otro lado, se asegurará la integración de la familia con su centro de salud dando a conocer los servicios que prestan y los profesionales referentes para ese núcleo familiar (matrona, médico de familia, pediatra, enfermera de pediatría...).

DESPUÉS DEL PARTO

1. Cuidados iniciales del recién nacido (cordón umbilical, piel-ictericia, prevención de la muerte súbita)

Tras el nacimiento todo recién nacido que esté estable en el paritorio recibirá profilaxis de la hemorragia del recién nacido administrando vitamina K intramuscular y de la oftalmia neonatal mediante una pomada oftálmica con antibiótico. Tras el nacimiento también se intentará el contacto piel con piel con la madre o el padre evitando la pérdida de calor.

Según las recomendaciones actuales, el alta hospitalaria de un recién nacido sano no debería realizarse antes de las 48 horas de vida, si el nacimiento ha sido por parto vaginal, o tras 72-96 horas si es tras nacimiento por cesárea.

Previo el alta, todo recién nacido debe ser explorado por un pediatra y debe asegurarse una adecuada técnica de alimentación al igual que la expulsión del meconio y un buen ritmo de diuresis (5-8 micciones diarias). Además, se les realiza un cribado de enfermedades metabólicas con una muestra sanguínea no antes de las 48 horas de vida y un despistaje de hipoacusia mediante otoemisiones acústicas.

El cordón umbilical es una vía de infección y colonización para el RN desde su pinzamiento hasta su caída y cicatrización final. Su cuidado consiste en mantenerlo seco ya que una revisión sistemática de la Biblioteca Cochrane Library concluye que los antisépticos no aportan ventajas para la prevención de la infección del cordón en comparación con el cuidado del cordón en seco en ámbitos hospitalarios de países desarrollados (citado en Sánchez, 2013).

El cuidado de la piel del recién nacido implica mantener la vérnix ya que es protectora frente a la invasión bacteriana y se aconsejan los baños no diarios tras la caída del cordón umbilical. Se pueden usar jabones suaves y emolientes para hidratar la piel. Las uñas deben mantenerse limpias y no es recomendable el corte de uñas porque se corta parte de la piel a la que están adheridas; será necesario corregir las asperezas con una lima suave.

La ictericia en el recién nacido, la mayor parte de las veces es un hecho fisiológico, causada por una hiperbilirrubinemia de predominio indirecto secundario a inmadurez hepática e hiperproducción de bilirrubina. Suele ser un cuadro benigno y autolimitado que desaparece generalmente antes del mes de edad. La ictericia no fisiológica suele estar casada por una incompatibilidad sanguínea materno-fetal aunque también por cefalohematomas o hemorragias o policitemia. El tratamiento de ésta es mediante fototerapia o en niveles muy altos mediante exanguino-transfusión. Los recién nacidos ictéricos en rangos lejos del tratamiento se pueden exponer de forma indirecta a la luz solar para favorecer la degradación de la bilirrubina.

La muerte súbita del lactante es un cuadro en el que se desconoce la causa tras una autopsia completa. Las recomendaciones para su prevención son evitar la posición de decúbito prono durante el sueño en los lactantes hasta los seis meses de edad siendo la cuna en la habitación de los padres constituye el lugar más seguro. Además, se deben evitar los colchones blandos, las sábanas sueltas, los almohadones, los colgantes al cuello y cualquier otro objeto que pueda provocar asfixia durante el sueño, como cintas o cordones, en las inmediaciones de la cuna. Es prudente no rechazar el uso del chupete para el sueño durante el primer año de vida. Hay que evitar el arropamiento excesivo del lactante, cuidando de no cubrirle la cabeza. Mantener una temperatura agradable en la habitación (idealmente de 20 a 22 °C). Desaconsejar el tabaquismo de los padres y recomendar la lactancia materna a demanda.

2. Alimentación: promoción de lactancia materna, comprobación de la técnica de alimentación artificial e inicio de la alimentación complementaria

El mejor alimento para el lactante es la lactancia materna (LM) y según la Organización Mundial de la Salud puede ser el único alimento hasta los 6 meses de vida. A esta edad se suele iniciar la alimentación complementaria (AC) con la progresiva introducción de alimentos sólidos y líquidos diferentes a la leche materna o de leche de fórmula infantil.

Para verificar una adecuada lactancia materna se debe asegurar un buen agarre y succión al pecho sabiendo que no existe una única posición adecuada para amamantar. La madre debe de estar cómoda y comprobar que el agarre sea adecuado quedando el bebé esté enfrentado y pegado al cuerpo de la madre. Existen diferentes posturas a recomendar: la posición sentada, posición acostada, posición invertida (en balón de rugby) o la posición en caballito.

Para la correcta preparación de un biberón con leche de fórmula se debe indicar un cacito nivelado por cada 30ml de agua (preferentemente agua envasada con bajo contenido en sales minerales). Las llamadas leches de inicio (suele poner un 1 en el envase) se utilizan desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, y leches de continuación (leches 2), a partir de los 6 meses.

El inicio de la alimentación complementaria se hace de forma gradual, preferentemente a partir de los 6 meses, individualizando cada niño en función de su maduración funcional y estado nutricional, y manteniendo la LM durante el tiempo de diversificación.

Desde 2001, la OMS mantiene la recomendación de iniciar la AC a partir de los 6 meses de vida, ya que la LM constituye un factor protector frente a la morbimortalidad infantil en los países en desarrollo. Además, se ha demostrado un menor riesgo de infecciones gastrointestinales y otitis media aguda en niños con LM exclusiva en el primer semestre de vida, en países desarrollados.

La AC debe proporcionar la mitad del aporte energético diario total, por lo que el lactante debe recibir durante la diversificación, al menos, 500 ml de lácteos al día, para cubrir sus necesidades energéticas y nutricionales.

La cronología de introducción de los distintos alimentos que constituyen la AC tiene más que ver con tradiciones culturales y con la disponibilidad de alimentos que con razones fisiológicas o hitos del desarrollo. No existen normas rígidas en cuanto al orden en que deben ser introducidos los alimentos, dependiendo de las costumbres locales y familiares y las preferencias individuales. Se suele iniciar con frutas o verduras con la incorporación progresiva de carne blanca, seguida de roja y del pescado. De forma general el huevo suele introducirse en torno a los 9 meses, el gluten se puede introducir al 6º mes y no más tarde de

los 7 meses, no conviene introducir la leche de vaca hasta los 12 meses de vida y no se debe añadir sal ni azúcares a los alimentos en el primer año de vida.

No es necesario retrasar la introducción de los alimentos potencialmente alérgenos, sino que hay que incidir en la progresión en la alimentación comprobando la tolerancia a su diversificación. Es aconsejable empezar dando pequeñas cantidades de cada alimento e ir aumentando gradualmente para una mejor tolerancia.

Tradicionalmente, se recomienda ofrecer los alimentos en forma de purés o papillas e ir modificando poco a poco la consistencia de espesa a grumosa y finalmente sólida, para estimular la masticación y facilitar que, según va creciendo el niño, pueda alimentarse solo.

La alimentación complementaria guiada por el bebé (baby-led weaning) se basa en que sea el propio lactante quien se alimenta llevándose la comida a la boca, en vez de ser alimentado con una cuchara por un adulto. Por lo tanto, favorece la autonomía del bebé y autorregula la cantidad de la ingesta. Precisa que el lactante se sostenga sentado y suele ser una alimentación en trozos. En esta práctica, el lactante se incorpora pronto a la comida familiar y comparte su menú, manteniendo la lactancia materna. Se deben evitar los alimentos duros y pequeños como los frutos secos, las aceitunas, la zanahoria o la manzana crudas. Y los niños han de estar acompañados mientras comen.

3. Controles de salud en el pediatra: vistas regladas en el programa de salud infantojuvenil de nuestra comunidad

El objetivo común de los programas infantiles basados en visitas regladas con pediatra y/o enfermera es contribuir al desarrollo adecuado de la población infantil y adolescente mejorando su estado de salud.

Fomentan hábitos y estilos de vida saludables como herramienta para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, proporcionan modelos de crianza positiva por medio del apego y del vínculo como elementos clave en la mejora de la salud y en el bienestar a lo largo de todo el curso de vida y

detectan y abordar precozmente los problemas de salud susceptibles de aplicarles intervenciones eficaces.

En las distintas visitas se realiza un seguimiento pondero-saturación, se dan directrices de alimentación y ejercicio y otros consejos para las familias.

El programa en nuestra comunidad consta de 12 visitas entre los 10 días de vida y los 14 años. En algunas de ellas se administra la vacunación sistemática y en todas se dan recomendaciones sobre estilos de vida saludable, prevención de accidentes o uso de nuevas tecnologías.

Entre las recomendaciones preventivas en las primeras visitas destaca la prevención de la plagiocefalia. La plagiocefalia posicional (o postural) es una deformidad craneal producida como consecuencia de la aplicación constante de fuerzas de presión sobre la parte posterior del cráneo, que es muy maleable en los niños pequeños. Inicialmente existe una “postura preferente” para dormir, a los pocos días ya será una postura predominante que puede dar lugar a la deformidad occipito-parietal a veces asociada a asimetría craneofacial. La deformidad no afecta al desarrollo cerebral ni genera retrasos de psicomotricidad, ni del aprendizaje, aunque da lugar a una deformidad estética.

Las técnicas para el tratamiento se denominan “Reposicionamiento Postural Contralateral de la Cabeza” que consiste en intentar que el niño permanezca de forma exclusiva apoyado sobre el lado contrario de la deformidad. El inicio debe ser lo más precoz posible, entorno a los 4-5 meses, ya que las probabilidades de éxito son menores cuando el niño se voltea y se acerca al año de vida. Para su prevención se recomienda durante el sueño colocar al recién nacido boca arriba y rotar de forma alternativa su cabeza a ambos lados y poner al bebé en decúbito prono durante el juego (siempre bajo supervisión).

4. Consultas frecuentes al pediatra de atención primaria

A continuación, se comentan algunos de los motivos de consulta más frecuentes al pediatra ya que su conocimiento facilita su manejo.

La fiebre consiste en la elevación de la temperatura normal del cuerpo: más de 38,5° C si se mide en el recto o más de 38° C si se mide en la axila. Requiere que se valore con prontitud en los siguientes casos: en los menores de 6 meses, si se asocia a convulsiones, si asocia dificultad respiratoria o deterioro del estado general o asocia petequias. Si la fiebre es alta o el niño/a está molesto/a, podemos darle antitérmicos. Los jarabes de antitérmicos son de uso frecuente y ayudan a que el niño se sienta mejor pero no evitan su reaparición.

Los más usados son el paracetamol y el ibuprofeno. Se suele comenzar por paracetamol, que tiene menos efectos adversos. La mayoría de los procesos febriles se deben a procesos víricos que se autolimitan y sin la existencia de signos de alarma se puede demorar la visita al pediatra a las 48 horas de su aparición.

El catarro de vías altas es una infección vírica de las vías respiratorias altas (nariz, garganta) que cursa con fiebre, estornudos, tos y mucosidad nasal. Los catarros son muy frecuentes durante los primeros años de vida siendo habitual que se padezcan de 6 a 8 al año, incluso más si el niño acude a la guardería. La bronquiolitis es una inflamación bronquial en menores de 12 meses secundaria a una infección vírica que da lugar a grados variables de dificultad respiratoria. En los casos graves puede requerir hospitalización para oxigenoterapia o debido al rechazo de la ingesta del menor. Hay que saber valorar la dificultad respiratoria en la que además de aumentar su frecuencia respiratoria el lactante inicia tiraje subcostal, intercostal, supraesternal o incluso aleteo nasal. Para ambos procesos infecciosos víricos se debe instruir a los cuidadores sobre la realización de lavados nasales.

El cólico del lactante consiste en cuadro paroxísticos de dolor abdominal en los lactantes de etología no clara pero asociado a la inmadurez digestiva que suelen mejorar a los 5-6 meses de vida. Lo presentan independientemente del tipo de alimentación (lactancia materna o de fórmula). Suelen mejorar con movimientos rítmicos y masajes abdominales.

La gastroenteritis es una infección que cursa con diarrea, es decir, heces líquidas con un aumento del número de deposiciones. Generalmente, también provoca vómitos, fiebre y dolor abdominal tipo cólico (retortijón). La duración

varía siendo más prolongada en los lactantes en los que puede durar hasta dos semanas. Su causa es infecciosa, predominando los virus sobre los parásitos o las bacterias. Para prevenir la deshidratación se recomienda reponer las pérdidas mediante la ingesta de sueros de rehidratación oral farmacéuticos. No se deben hacer grandes cambios dietéticos, solo evitar el exceso de grasas y azúcares de la dieta. La presencia de vómitos incoercibles, signos de deshidratación, dolor abdominal localizado y constante o si existe decaimiento o rechazo de la ingesta.

5. Vacunas incluidas en el calendario vacunal y vacunas no incluidas pero recomendadas por las sociedades pediátricas

El calendario vacunal no es uniforme en las distintas Comunidades Autónomas de nuestro país, aunque actualmente existen pocas diferencias. Los calendarios autonómicos incluyen las vacunas financiadas por el Sistema Nacional de salud.

El calendario vacunal de nuestra comunidad está formado por la vacuna hexavalente que previene de las enfermedades bacterianas por difteria, tétanos, tos ferina, haemofilus B y polio. La vacuna antineumocócica que previene de las infecciones frecuentemente causadas por el neumococo como las neumonías o las otitis medias. La meningitis bacteriana del serogrupo C. Además de vacunas frente a s virus de rubeola, sarampión y parotiditis (triple vírica) o la varicela. La vacuna frente al virus del papiloma humano se administra únicamente en las niñas para la prevención de cáncer cervical uterino.

Existe también la posibilidad de aplicar un calendario acelerado en casos de retraso en el inicio de la vacunación o en niños migrantes o adaptados en los que no se pueda documentar su administración previa por escrito mediante un documento de registro o carné de vacunaciones.

Las recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría se recogen en este otro calendario donde además se incluyen otras vacunas recomendadas, pero no financiadas.

Entre ellas se encuentra el rotavirus que provoca cuadros infecciosos gastrointestinales que pueden dar lugar a deshidrataciones aumentando la tasa de ingresos, pero sin provocar mortalidad en nuestro medio. Las dos vacunas comercializadas son de administración oral los primeros meses de vida.

La vacuna contra la meningitis B tampoco se incluye y el número de dosis varía en función de la edad de inicio de la vacunación. La meningitis y la sepsis meningocócica es una enfermedad infecciosa muy poco frecuente pero muy grave, que puede producir secuelas neurológicas importantes y amputaciones, con una mortalidad entorno el 10 %. El meningococo del grupo B es la bacteria que en la actualidad produce más casos de esta enfermedad en España, especialmente en los más pequeños.

Otra vacuna frente a otros serotipos de la meningitis también se puede adquirir, la vacuna antimeningocócica A,C,W, Y. La incidencia de enfermedad meningocócica por estos 4 serotipos es mayor en adolescentes por lo que la recomendación vacunal se alarga hasta los 19 años.

6. El sueño del niño

La evolución de los ciclos vigilia-sueño es un hito importante en el desarrollo precoz del niño, que refleja cambios evolutivos en la actividad neuronal que ocurren en diferentes regiones del cerebro. Su desarrollo y características están condicionados por la etapa del desarrollo y el ambiente socioeconómico del niño. Así, el sueño y sus alteraciones forman un fenotipo complejo que está regulado, entre otros factores, por múltiples genes, las interacciones entre ellos, el ambiente y la interacción entre el ambiente y los genes.

Se conoce que la duración total del sueño desciende con la edad y que en los primeros meses de la vida se producen importantes cambios. No existen valores absolutos sobre las horas que debe dormir un niño, pues cada niño como cada adulto tiene unas necesidades individuales de sueño. Se considera que las horas que debe dormir son las que permitan que tenga una correcta actividad diaria.

Los trastornos del sueño son frecuentes en niños. El 10-20% de los lactantes se despiertan habitualmente durante la noche y necesitan ayuda para dormirse. Se han asociado distintos factores con el insomnio infantil: complicaciones perinatales, estrés familiar, lactancia materna y los hábitos o conductas del sueño poco apropiados. La manera más eficaz de prevenir estos trastornos es crear el hábito del sueño al niño desde los primeros meses de vida.

Los hábitos para un sueño saludable son proporcionar un ambiente oscuro, silencioso y a una temperatura adecuada, un horario regular para acostarse y despertar, rutinas adecuadas como el baño o la higiene dental, evitar estimulaciones como ver la televisión. Es adecuado acostar al niño despierto para que logre conciliar el sueño solo.

7. Estimulación del desarrollo psicomotor

La detección precoz de los problemas del desarrollo es un procedimiento diseñado para identificar aquellos niños que deben recibir una valoración más exhaustiva de un posible retraso o trastorno del desarrollo. Los hitos del desarrollo psicomotor son seguidos en las visitas de los programas de salud infantil en atención primaria. El más usado en nuestro medio es mediante la aplicación de la tabla Haizea-Llevant mediante la cual se valoran diferentes ítems del desarrollo motor, del lenguaje y de la socialización entre el nacimiento y los 5 años.

La detección precoz de los trastornos del desarrollo de los niños tiene por objeto dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan, y disminuir su impacto sobre el funcionamiento del niño y de la familia.

La estimulación temprana tiene como objetivo desarrollar y potenciar las funciones del cerebro del niño (cognitiva, lingüística, motriz y social). Son remitidos a servicios de estimulación temprana los menores de 6 años con retrasos significativos en el desarrollo de cualquier área (lenguaje, interacción social o déficits motores).

Es importante que las familias tengan directrices para la estimulación del desarrollo psicomotor del niño en función de la edad y especialmente a través del juego y el tiempo compartido.

8. El apego y el vínculo los primeros años

La teoría del apego formulada por Bolwby y Ainsworth constituye una de las construcciones más sólidas dentro del campo del desarrollo emocional. En 1969 Bolwby basándose en la teoría de los sistemas de control planteó que la conducta instintiva no es una pauta fija de comportamiento, sino que las respuestas se van modificando en función de la retroalimentación de las conductas entre madre e hijo y se modifican en función del ambiente.

Ainsworth y Bel (1972) diseñaron una situación experimental en la que observaban las conductas de apego y de exploración bajo una situación estresante: la presencia de un extraño. Identificaron tres patrones de comportamiento. El apego seguro producto de figuras maternas sensibles y responsivas a las llamadas del bebé que daba lugar a patrones saludables en las conductas infantiles. El apego inseguro-evitativo y el apego inseguro-ambivalente asociado a respuesta maternas insensibles y rechazantes en el primero o a respuestas erráticas y cambiantes en el segundo.

Así es importante la construcción de una vinculación afectiva con el recién nacido que servirá como modelo para la construcción de su representación mental de sí mismo en el futuro y de las relaciones afectivas posteriores.

Esta vinculación positiva se debe fomentar tras el nacimiento mediante el tacto, el contacto ocular o mediante la voz y proporciona un entorno de crianza seguro.

9. Prevención de accidentes infantiles

Los accidentes están entre las tres primeras causas de muerte en niños y niñas hasta los 14 años y dan lugar a una gran morbilidad en la infancia por lo que se deben dar unas pautas generales para su evitación.

Las caídas, las quemaduras, las intoxicaciones, las picaduras y mordeduras o los accidentes de tráfico dan lugar a lesiones que son en su mayoría evitables.

En los menores de 6 meses los tipos de lesiones que se producen con más frecuencia son las caídas desde altura, los accidentes de tráfico como pasajero y, más rara vez, atragantamientos y quemaduras.

Entre los 6 y los 12 meses los tipos de lesiones que se producen con más frecuencia son los golpes y caídas, intoxicaciones, atragantamientos, quemaduras y los accidentes de tráfico.

Entre el año y los 3 años las lesiones que se producen con más frecuencia son los golpes y caídas, pero también son frecuentes las intoxicaciones, los atragantamientos, las quemaduras y los accidentes de tráfico como pasajero o como peatón.

Entre los 3 y los 6 años cobra especial importancia la prevención de accidentes dada la importante movilidad y actividad física del niño y su gran curiosidad. Como en la etapa anterior, las lesiones que se producen con más frecuencia son los golpes y caídas, pero también son frecuentes las quemaduras, los ahogamientos y los accidentes de tráfico como pasajero o como peatón.

En la edad escolar las lesiones que se producen con más frecuencia son los golpes y caídas, muchas veces relacionados con la práctica deportiva, también son frecuentes las quemaduras, los ahogamientos y los accidentes de tráfico como pasajero, como peatón o como conductor de bicicleta.

10. Maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar en niños

La reanimación cardiopulmonar básica es el conjunto de maniobras que permiten identificar si un niño está en situación de parada cardiorrespiratoria y realizar una sustitución de las funciones respiratoria y circulatoria, sin ningún equipamiento específico, hasta que la víctima pueda recibir un tratamiento más cualificado.

La reanimación cardiopulmonar básica consta en una serie de pasos o maniobras que deben realizarse de forma secuencial: conseguir la seguridad del reanimador y del niño; comprobar la inconsciencia; pedir ayuda y colocar a la víctima; abrir la vía aérea; comprobar la respiración; ventilar; comprobar signos de circulación y/o pulso arterial central; masaje cardíaco; activar el sistema de emergencias, y comprobación de la eficacia de la reanimación. Según Calvo, Manrique, Rodríguez y López (2006) las maniobras de reanimación cardiopulmonar básica son fáciles de aprender y cualquier persona puede realizarlas con un entrenamiento adecuado.

A continuación las figuras muestran algoritmos de actuación ante el atragantamiento y los pasos de la reanimación cardiopulmonar básica.

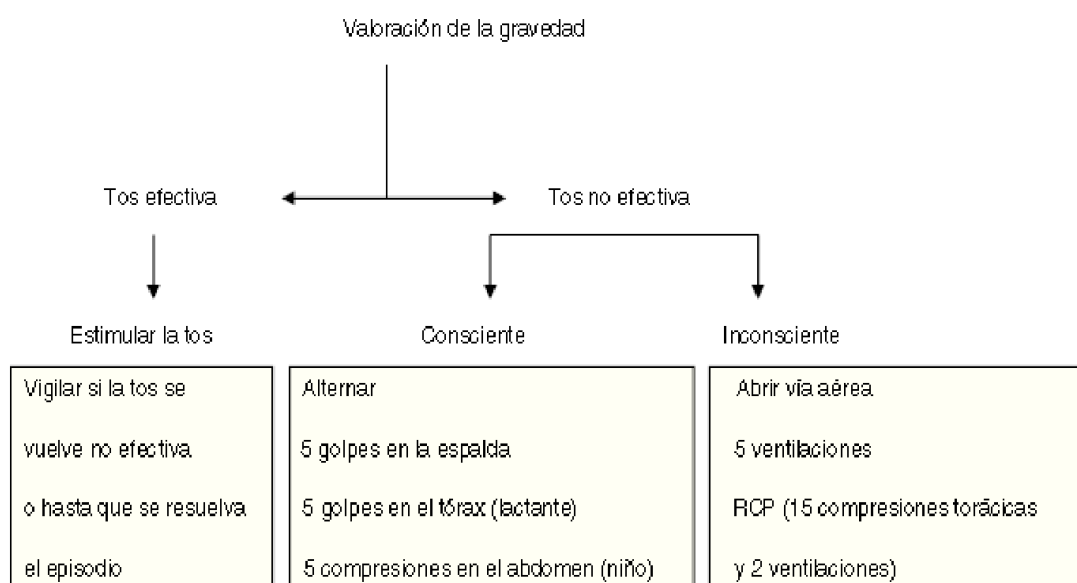


Figura 1. Algoritmo para la desobstrucción de la vía aérea

Adaptado de *Algoritmo para la desobstrucción de la vía aérea*, López-Herce, J. 2017. Revista Anales de Pediatría.

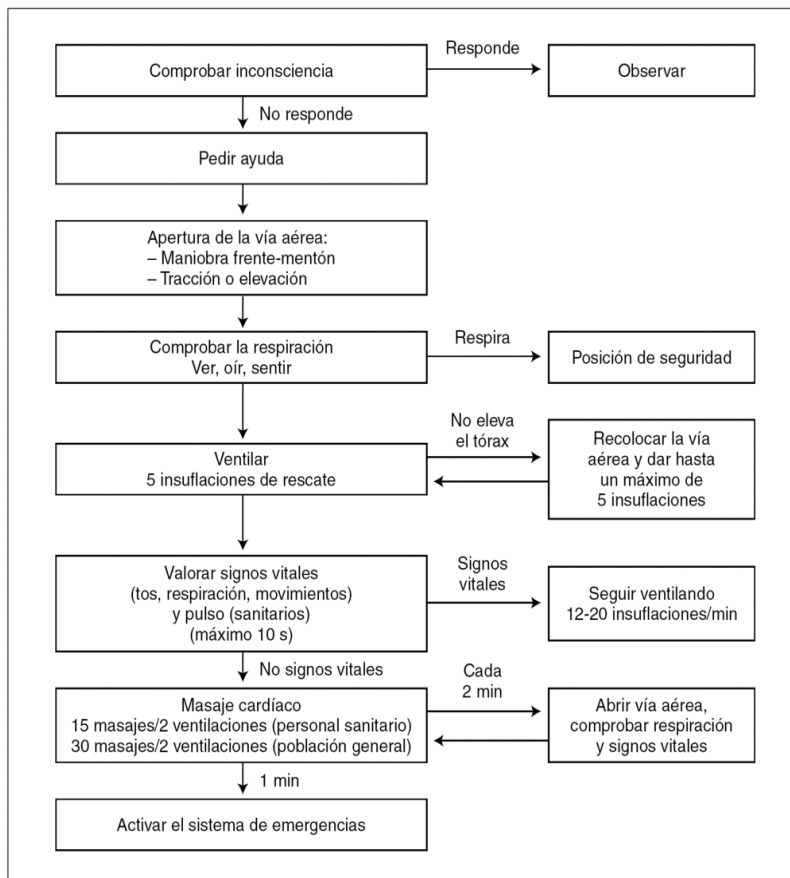


Figura 2. Algoritmo de Reanimación Cardiopulmonar Básica en lactantes y niños

Adaptado de *Algoritmo de Reanimación Cardiopulmonar Básica en lactantes y niños*. Macías. 2006 Revista Anales de Pediatría.

8.2. Anexo 2. Cuestionario de conocimientos para los formadores

1. El incremento ponderal durante adecuado durante el embarazo, indique la CORRECTA

- a. Un kilo por mes con un aumento final entre 9 y 12,5 kg. *
- b. Medio kilo al mes con un aumento final entre 4,5 y 7 kg.
- c. Depende de la constitución de la madre.
- d. No hay una ganancia recomendada.

2. La alimentación y la actividad física durante el embarazo, indique la INCORRECTA

- a. Se recomienda una ingesta calórica adicional con aumento de la cantidad diaria de proteínas.
- b. Se suelen recomendar suplemento de hierro y zinc .
- c. Las madres vegetarianas requieren suplementos de vitamina B12.
- d. Están contraindicados todos lo deportes. *

3. En cuanto el abuso de tóxicos durante el embarazo, indique la CORRECTA

- a. El consumo de alcohol durante el embarazo puede dar lugar a muchas complicaciones durante el embarazo y dar lugar a un síndrome en el recién nacido que da lugar a retraso mental.
- b. La sospecha del uso de drogas durante el embarazo comporta un ingreso del recién nacido.
- c. La cafeína debe restringirse durante el embarazo.
- d. Todas son ciertas. *

3. Durante el embarazo, indique la CORRECTA

- a. Está indicada la vacuna de la tos ferina.
 - b. Está indicada la vacunación antigripal.
 - c. Ambas vacunas están indicadas. *
 - d. No se puede administrar ninguna vacuna.
4. En el control del embarazo, indique la INCORRECTA
- a. Se realizan al menos 3 controles ecográficos.
 - b. Se realizan analíticas de sangre y orina que descartan algunas enfermedades infecciosas.
 - c. Se realiza un cultivo vaginal en el último trimestre del embarazo.
 - d. Todas son ciertas. *
5. La anestesia epidural, indique la CORRECTA
- a. Es la anestesia más frecuentemente utilizada.
 - b. Siempre se puede administrar.
 - c. Se administra por una vena.
 - d. Ralentiza la progresión del parto.
6. Señale la respuesta INCORRECTA
- a. La depresión posparto solo se da en mujeres que han tenido episodios previos de depresión.
 - b. Los cambios hormonales, psicológicos y sociales entorno al nacimiento de un bebé suponen un riesgo de cuadros de depresión.
 - c. El apoyo familiar es importante cuando aparecen sentimientos de culpa e incapacidad por las dificultades del cuidado de un bebé.
 - d. Existen terapias psicológicas efectivas para tratarla.

7. Son signos de parto inminente, indique la CORRECTA:

- a. Contracciones uterinas rítmicas intensas durante 30 minutos.
- b. Pérdida de líquido por la vagina por ruptura de la bolsa amniótica.
- c. Pérdida de sangre por la vagina.
- d. Todos son signos de posible comienzo del parto. *

8. Los cuidados del recién nacido tras el parto incluyen todos excepto:

- a. Baño del recién nacido tras el nacimiento.*
- b. Administración de una crema ocular para prevenir infecciones.
- c. Administración intramuscular de una vitamina para prevenir hemorragias.
- d. Pinzamiento del cordón umbilical.

9. Indique la CORRECTA sobre el recién nacido:

- a. Puede verse un tinte amarillento de la piel denominado ictericia .*
- b. El cordón umbilical debe limpiarse a diario.
- c. No se realizan ninguna prueba en el hospital al recién nacido.
- d. Al recién nacido se le deben cortar las uñas.

10. Indique la INCORRECTA en cuanto a la alimentación del recién nacido

- a. La lactancia materna es el mejor alimento para el recién nacido y puede ser el único alimento hasta los 6 meses de vida.
- b. El inicio de la alimentación complementaria se hace gradual a partir de los 6 meses.
- c. Existen diferentes leches de fórmula en función de los meses de vida del niño.

- d. El orden de la introducción de alimentos es rígido y se debe seguir de forma estricta. *

11. Los controles de salud del recién nacido en nuestra comunidad autónoma, indique la INCORRECTA

- a. Existe un programa de visitas regladas en los que la enfermera de pediatría y/o el pediatra realizan un seguimiento del peso, la talla y el tamaño de la cabeza del recién nacido.
- b. Este programa incluye estrategias de prevención, la más importante es la vacunación.
- c. Cada centro de salud indica las revisiones que considera adecuadas. *
- d. Se dan recomendaciones sobre estilos de vida saludable adecuados a cada edad.

12. La fiebre en los niños, indique la INCORRECTA

- a. Es la elevación de la temperatura axilar $>38^{\circ}$.
- b. Siempre supone una urgencia médica por la que acudir inmediatamente al pediatra. *
- c. Existen jarabes para tratar la fiebre y el malestar que genera.
- d. La mayoría de los procesos febriles en la infancia son causados por virus

13. Las vacunas que se administran en las visitas en el centro de salud, indique la INCORRECTA

- a. Incluye múltiples vacunas inyectadas, la mayoría de forma intramuscular para prevenir enfermedades infecciosas.
- b. Todas las vacunas que existen están financiadas. *
- c. Las vacunas no son obligatorias están muy recomendadas por las sociedades científicas.

- d. Existen calendarios acelerados para los casos en que se retrase su inicio.

14. Indique la INCORRECTA entorno al sueño del niño

- a. La duración total del sueño va disminuyendo con la edad
- b. Los trastornos del sueño son raros en los niños. *
- c. La manera más eficaz de prevenir los trastornos del sueño es crear un hábito del sueño desde los primeros meses de vida.
- d. Es adecuado acostar al niño despierto para que logre conciliar el sueño .

15. Indique la CORRECTA para la estimulación precoz:

- a. La falta de estímulos del niño puede dar lugar a un retraso en la adquisición de habilidades propias de la edad.*
- b. El juego no sirve para estimularlos.
- c. No existen hitos del desarrollo que se puedan identificar valorar para valorar retrasos del desarrollo.
- d. La detección precoz de alteraciones del desarrollo no es útil.

16. Indique la INCORRECTA en cuanto al apego

- a. La vinculación positiva con el recién nacido tiene relación con sus relaciones afectivas a largo plazo.
- b. Tiene lugar mediante el tacto, el contacto ocular o mediante la voz de la madre con el recién nacido.
- c. Si las respuestas maternas son cambiantes o rechazantes se crea un apego inseguro.
- d. Todas son correctas. *

17. Indique la CORRECTA:

- a. Todos los accidentes que sufren los niños son inevitables.
- b. No es necesario el uso de sillas de retención infantil para el coche.
- c. Es importante mantener los productos de limpieza y los medicamentos lejos del alcance de los niños. *
- d. Raramente los niños sufren accidentes en el entorno doméstico.

18. Ante un atragantamiento con un niño consciente la actuación a seguir es, indique la CORRECTA:

- a. Si la tos es efectiva se anima a toser y se vigila que la tos sea efectiva.
- b. Si la tos no es efectiva por la consciencia se mantiene se dan 5 golpes en la espalda seguido de 5 compresiones torácicas (si es un lactante, torácicas).
- c. Si se pierde la consciencia se abre la vía aérea y se realizan 5 ventilaciones y se inicia reanimación cardiopulmonar.
- d. Todas las secuencias son correctas. *

19. Indique la secuencia CORRECTA en la reanimación cardiopulmonar del niño

- a. Comprobar la consciencia, pedir ayuda, abrir la vía aérea, comprobar la respiración, realizar 5 insuflaciones de rescate, iniciar las compresiones torácicas (hacer 30) seguidas de dos ventilaciones.*
- b. Pedir ayuda, comprobar la consciencia, abrir la vía aérea, comprobar la respiración, realizar 5 insuflaciones de rescate, iniciar las compresiones torácicas (hacer 30) seguidas de dos ventilaciones.
- c. Abrir la vía aérea, comprobar la respiración, realizar 5 insuflaciones de rescate, iniciar las compresiones torácicas (hacer 30) seguidas de dos ventilaciones.

d. Ninguna de las anteriores.

NOTA: las respuestas correctas están marcadas con *

8.3. Anexo 3. Cuestionario de conocimientos a las madres

Marque con una X las respuestas correctas:

1. Durante el embarazo se debe evitar la ingesta de alcohol, tabaco y cualquier droga. *
2. Durante el embarazo se recomienda caminar o hacer ejercicios de gimnasia suave. *
3. Durante el embarazo se suelen recomendar suplementos de vitaminas. *
4. El mejor alimento para el recién nacido es la lactancia materna. *
5. No hay ventajas entre dar la lactancia materna o leches de fórmula
6. Durante el embarazo es necesario comer bien. *
7. Durante el embarazo es necesario acudir al ginecólogo y a la matrona. *
8. Durante el embarazo nos harán controles analíticos de sangre y orina. *
9. Debemos pensar que el parto empieza si sangramos por la vagina. *
10. Debemos pensar que el parto empieza si tenemos contracciones seguidas. *
11. Debemos pensar que el parto empieza al salir líquido por la vagina. *
12. Durante el parto se suele usar una anestesia llamada epidural. *
13. Durante el parto puede estar presente el padre u otro familiar. *
14. El parto en casa puede ser seguro para la madre y el bebé. *

15. Después del parto es importante el contacto piel con piel con la madre o el padre y su bebé. *
16. Después del parto hay que tapar al bebé para evitar que pierda calor. *
17. Se puede poner al bebé al pecho al poco de nacer. *
18. Es frecuente que la madre llore más de lo habitual y tenga cambios de humor tras el nacimiento del bebé. *
19. Es importante que dejemos que el padre u otros familiares nos ayuden a cuidar del bebé. *
20. Las revisiones en el centro de salud por el pediatra o la enfermera de pediatría son importantes para ver que el bebé crezca y se desarrolle con normalidad. *
21. Las vacunas son muy importantes para evitar enfermedades. *
22. En las revisiones con el pediatra o la enfermera de pediatría se dan consejos sobre alimentación, sueño y cómo prevenir accidentes infantiles. *
23. Los cuadros catarrales producen mocos que mejoran con lavados nasales. *
24. Existen medicamentos en jarabe para bajar la fiebre. *
25. Cuando los niños tienen diarrea existen sueros en la farmacia para reponer los líquidos que se pierden. *
26. No hace falta medir la temperatura cuando el niño está caliente.
27. La fiebre es el aumento de temperatura por encima de 38°.*
28. Siempre hay que llevar corriendo al niño al médico cuando vemos que tiene fiebre.
29. No debemos dejar medicamentos ni productos de limpieza al alcance de los niños. *

30. Mantener alejados a los niños de la cocina es una regla básica, ya que las quemaduras son bastante peligrosas*
31. Evitaremos que los más pequeños jueguen en lugares peligrosos: escaleras, ventanas, balcones, así como cerca de hoyos, pozos, piscinas, etc. *
32. Jugar con el niño y dedicarle tiempo ayuda a su desarrollo. *
33. Se debe acostar al bebé a dormir bocabajo.
34. Los juguetes deben ser seguros y el tamaño será lo suficientemente grande para impedir que los introduzcan en la boca y se los traguen. *
35. Hasta los 6 meses los niños pueden alimentarse solo de leche. *
36. La introducción de alimentos nuevos se realiza poco a poco. *
37. Si creemos que un alimento no sienta bien a un niño debemos consultarlo con el pediatra. *
38. Los niños deben comer de todo y se deben evitar alimentos muy azucarados. *
39. Debemos enseñar a los niños a que se laven los dientes. *
40. Hasta los 2-3 años la mayoría de los niños suelen dormir una o dos siestas. *
41. Debemos tener cuidado con los frutos secos por el riesgo de atragantarse, si se dan es mejor darlos triturados hasta los 5 o 6 años.*
42. El teléfono de atención médica urgente es el 112. *

NOTA: las respuestas verdaderas están marcadas con *

8.4. Anexo 4. Hoja de registro de indicadores de la historia clínica

1. Si ha acudido a las revisiones del Programa Infantojuvenil de las Islas Baleares.

Se debe marcar en la casilla correspondiente la edad a la que acudió a la revisión.

Edades estipuladas	Ante de los diez días	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	24 meses	Entre los 3 y los 4 años
Edades a las que acudió a la consulta									

2. Si está correctamente vacunado según el calendario vacunal autonómico vigente.

Se debe marcar con una cruz sobre la palabra “si” en el caso que la vacuna se administra en la fecha indicada, con un círculo si la administración fue tardía y se dejará en blanco si no se ha administrado.

	2 meses	4 meses	6 meses	11 meses	12 meses	15 meses	3 años
Hexavalente	si	si	si				
Neumococo	si	si		si			
Meningococo		si			si		
Triple vírica					si		
Varicela						si	si
Pentavalente							si

3. Si ha sufrido algún accidente doméstico, de tráfico o ha ingerido alguna sustancia tóxica.

Completa los datos indicados en los recuadros.

	Edad	Solicitó valoración médica	Requirió ingreso	Requirió seguimiento
Caída o contusión accidental				
Accidente de tráfico				
Ingestión de sustancia tóxica				

4. Si presenta una somatometría (peso, talla y perímetro craneal) adecuado para edad. Anotar el percentil correspondiente.

	Antes de los diez días	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	24 meses	Entre los 3 y los 4 años
Peso									
Talla									
Perímetro craneal									

5. Si presenta un desarrollo psicomotor adecuado a su edad cronológica.

Si en la historia clínica no hay datos de retraso en ninguna área se asumirá la normalidad del desarrollo

Marque que hito del desarrollo cumple a que edad en el recuadro pertinente.

	Antes de los diez días	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	24 meses	Entre los 3 y los 4 años
Postural									
Manipulación									
Lenguaje y matemática									
Socialización									

6. Otros datos aportados por las redes de apoyo formal

Pueden indicar en forma de texto libre datos pertinentes de la familia o de su entorno.

8.5. Anexo 5. Cuestionario para la valoración del apoyo formal por los Servicios de Atención Primaria.

Debe marcar en el recuadro con una cruz la opción deseada.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Está satisfecho con las visitas					
Pienso que me tratan de forma personalizada					
El tiempo que me dedican es algo corto					
Seguiré sus consejos porque son muy acertados					
Me siento cómodo y confiado hablando con ellos					
Existe una coordinación del equipo sanitario con los servicios sociales					

8.6. Anexo 6. Cuestionario para la valoración del apoyo formal por los Servicios Sociales Comunitarios

Debe marcar en el recuadro con una cruz la opción deseada.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Está satisfecho con la atención y el seguimiento de su situación					
Pienso que me tratan de forma personalizada					
El tiempo que me dedican es algo corto					
Los recursos que me ofrecen son adecuados a mi situación					
Me siento cómodo y confiado hablando con el equipo de servicios sociales					
Existe una coordinación del trabajador social y el equipo sanitario					

8.7. Anexo 7. Registro indicadores autosuficiencia económica

Cumplimentar cada recuadro con texto libre

	Antes del programa	Después	Al año del menor	A los 3 años del menor
Cursos formativos realizados por la madre				
Trabajo de la madre				
Trabajo del padre				
Ingresos mensuales de la familia				

8.8. Anexo 8. Registros para evaluar el proceso de ejecución

Responda en cada recuadro los ítems solicitados. Las dos últimas preguntas corresponden a la opinión de las madres participantes en el programa.

SESIONES DURANTE EL EMBARAZO	Se han tratado los contenidos previstos en la sesión	La madre ha participado activamente en el taller	Ha acudido algún familiar o amigo	Ha acudido alguna persona de la red de apoyo formal	La madre refiere estar satisfecha con el contenido del programa	La madre considera que el formador responde a sus necesidades
Sesión 1						
Sesión 2						
Sesión 3						
Sesión 4						
Sesión 5						

Sesión 6						
Sesión 7						
Sesión 8						

SESIONES DESPUÉS DEL PARTO	Se han tratado los contenidos previstos en la sesión	La madre ha participado activamente en el taller	Ha acudido algún familiar o amigo	Ha acudido alguna persona de la red de apoyo formal	La madre refiere estar satisfecha con el contenido del programa	La madre considera que el formador responde a sus necesidades
Sesión 1						
Sesión 2						
Sesión 3						
Sesión 4						
Sesión 5						

Sesión 6						
Sesión 7						
Sesión 8						
Sesión 9						
Sesión 10						
Sesión 11						

8.9. Anexo 9. Material para los informantes clave

La creación del Programa Competencias Maternas se debe a la necesidad observada en la práctica médica pediátrica diaria en un centro de salud de mejorar las actividades preventivas dirigidas a mejorar el cuidado de los recién nacidos y de forma más concreta a familias de entornos menos favorecidos.

El objetivo a largo plazo de la aplicación del Programa Competencias Maternas es prevenir los malos tratos a la infancia en hijos de madres jóvenes y de bajos recursos económicos.

Los objetivos a medio plazo son:

1. Mejorar la capacidad de autocuidado de las madres durante el embarazo, el parto y el posparto.
2. Aumentar las habilidades maternas en el cuidado de sus hijos
3. Disminuir los accidentes infantiles.

4. Aumentar la adherencia a las visitas del Programa Infantojuvenil de las Illes Balears.
5. Mejorar la tasa de vacunación infantil.
6. Mejorar las redes de apoyo formal (sistema sanitario y servicios sociales).
7. Mejorar la red de apoyo informal (familiares o amigos participes en el proceso).
8. Promover la autosuficiencia económica de las madres.

El programa se dirige a madres primíparas de 18 años o menores, con bajos ingresos, bajo nivel socioeconómico y con nivel educativo inferior a la educación secundaria. Por lo tanto, se trata de una estrategia de prevención selectiva. Se excluyen las madres con discapacidad materna significativa o patología psiquiátrica no controlada incluyendo el abuso de sustancias.

A través de las notificaciones existentes de embarazo en adolescentes emitidas por los centros de salud y los hospitales de la Isla de Mallorca, se contactará con las gestantes para ofrecer los talleres a partir de la 22 semana de gestación.

El programa cuenta con tres tipos de intervenciones. La primera está dirigida a la formación del personal de enfermería que hará de formadores en los talleres; la segunda, la formación de las madres y una tercera que favorecerá la coordinación entre los servicios sociales y el centro de salud al que pertenezca la familia.

Los enfermeros y enfermeras de atención primaria se formarán en un curso gratuito durante dos semanas. Se ofrecerá a los titulados o tituladas en enfermería que trabajan en el ámbito de la Atención Primaria de Mallorca priorizando a aquellos con plazas dirigidas a la atención pediátrica. La formación la realizará un o una pediatra de Atención Primaria que a su vez será

la supervisora durante la aplicación de los talleres. Esta formación pretende homogeneizar los conocimientos entre los profesionales para transmitir a la población diana los aspectos relevantes del seguimiento del embarazo, el parto y de los cuidados del recién nacido y durante los primeros meses de vida.

Cada formador o formadora sólo podrá realizar el programa educativo a un máximo de tres gestantes simultáneamente para facilitar la realización completa del programa. Ambas partes adecuarán las sesiones al horario que más les convenga manteniendo la regularidad de las sesiones.

Un aspecto primordial de las sesiones será que los formadores deberán dar un apoyo emocional a la madre. Para ello se intentará establecer al inicio de las sesiones un diálogo que servirá para conocer las dudas, necesidades o carencias de la madre que permitirán un seguimiento individualizado. Además, servirá para que el formador comprenda la situación familiar y sea capaz de evaluar no solamente las necesidades sino también las fortalezas de esa familia.

Los temas tratados durante las sesiones sucesivas serán los siguientes:

DURANTE EL EMBARAZO (semanales desde la 22 semana de gestación).

1. Alimentación saludable, sueño y ejercicio físico durante el embarazo.
2. Hábitos tóxicos y su riesgo.
3. Vacunación durante el embarazo.
4. Controles con el ginecólogo.
5. Tipos de parto: parto natural, parto con epidural, instrumentado, parto por cesárea.
6. Cuidado emocional de la madre. Prevención de la depresión postparto.
7. Lactancia materna, ventajas.

8. Contacto con las redes de apoyo informal y formal.

DESPUÉS DEL PARTO (las 8 primeras cada 10 días, las 3 últimas mensuales)

1. Cuidados iniciales del recién nacido (cordón umbilical, piel-ictericia, prevención de la muerte súbita).
2. Alimentación: promoción de lactancia materna, comprobación de la técnica de alimentación artificial e inicio de la alimentación complementaria.
3. Controles de salud en el pediatra: importancia de las vistas regladas en el Programa de Salud Infantojuvenil de Baleares.
4. Vacunas incluidas en el calendario vacunal y vacunas no financiadas pero recomendadas por las sociedades científicas pediátricas.
5. El sueño del niño.
6. Estimulación del desarrollo psicomotor.
7. El apego y el vínculo con el recién nacido.
8. Consultas frecuentes al pediatra de atención primaria.
9. Prevención de accidentes infantiles.
10. Maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar en lactantes.
11. Plan de vida laboral y necesidades formativas.

Los formadores acudirán al domicilio de las participantes de forma semanal desde la 22 semana de gestación hasta el parto para la primera parte de los talleres (8 sesiones). Después del parto se reiniciará antes de los 10 días de vida del neonato y durarán hasta los 6 meses. Las 11 sesiones individuales en el periodo postnatal se realizarán cada 10 días excepto las 3 últimas que serán mensuales. Se acordarán los horarios de forma individual entre el educador y la madre para asegurar la realización completa del programa. A las

sesiones podrá asistir una persona del entorno familiar para mejorar la red de apoyo informal de la madre.

La duración de las sesiones será de una hora aproximadamente y se entregará a las madres tras cada sesión un resumen de la información por escrito (folletos de apoyo ilustrados). Cada formador o formadora sólo podrá realizar el programa educativo a un máximo de tres gestantes simultáneamente.

Al inicio del programa se informará al equipo de pediatría y a la matrona de la participación de las familias en el programa. También se contactará con los servicios comunitarios para que conozcan que la familia participará en el proceso formativo y contribuyan a aportar información sobre el entorno familiar.

Tras la finalización del Programa Competencias Maternas se realizará una reunión entre el equipo de pediatría, el técnico de servicios sociales y el formador o formadora responsable de la aplicación del programa para comentar las habilidades de crianza de la familia y asegurar el óptimo seguimiento por ambas redes de apoyo formal. En el caso estos profesionales consideren el entorno de riesgo se podrán programar citas de seguimiento de forma conjunta del técnico de servicios sociales y de la enfermera o enfermero de pediatría con la finalidad de adecuar una intervención común y multidisciplinar. Se buscarán también de forma conjunta con servicios sociales opciones formativas o ofertas laborales para la madre.

El pediatra que lidera el proyecto contactará de forma telefónica con los formadores semanalmente para apoyarlos y asegurar el cumplimiento del programa. Se reunirán cada 3 meses todos los formadores con el supervisor para valorar la ejecución del programa y plantear elementos de mejora.

Para evaluar el objetivo a largo plazo de la aplicación del Programa Competencias Maternas de prevenir los malos tratos a la infancia en hijos de madres jóvenes y de bajos recursos económicos se evaluarán dos indicadores:

- El número de notificaciones de maltrato infantil en el grupo experimental menor que en el grupo de comparación al año, a los 3, 6, 10 y 14 años de edad del menor.
- El número de casos confirmados de desprotección por malos tratos en el grupo experimental fuera menor que en grupo de comparación al año, a los 3, 6, 10 y 14 años de edad del menor.

Esta información se obtendrá a través de la información aportada por los servicios encargados de la protección a la infancia y adolescencia.

Para evaluar los objetivos a medio plazo se valorarán diferentes indicadores para evaluar la eficacia del programa recogidos a través de los siguientes instrumentos:

- Cuestionario de conocimientos maternos
- Hoja de registro de indicadores de la historia clínica
- Cuestionarios sobre la red de apoyo
- Registro de indicadores de autosuficiencia económica

Dichos instrumentos serán evaluados en diferentes momentos y serán también valorados con un grupo de comparación de madres adolescentes de bajos recursos que no recibirán la intervención.

Para evaluar el proceso de ejecución del programa se dispone de unas hojas de registro de fidelidad que deberá cumplimentar el supervisor del proyecto contactando con el formador y la madre.

Para valorar la capacidad del programa para conseguir sus objetivos y obtener propuestas de mejora se utilizará el método Delphi realizando una consulta reiterada a un grupo de expertos mediante cuestionari

8.10. Anexo 10. Primer cuestionario Delphi

Aclaraciones

Para cumplimentar las respuestas tipo Likert puede marcar en un color una de las cinco opciones posibles. Por ejemplo:

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

Si quiere añadir algún comentario a esa pregunta también puede hacerlo.

En las preguntas abiertas se puede extender lo que desee.

Si usted pertenece a un ámbito NO sanitario no debe cumplimentar las preguntas 2 y 3.

Si usted pertenece al ámbito sanitario no debe cumplimentar las preguntas 9 y 10.

Cuestionario 1:

1. ¿Considera necesario un programa de prevención de maltrato infantil en Baleares dirigido a madres adolescentes?

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

2. Sabemos que los programas de atención a la embarazada y al recién nacido se realizan de forma diaria en los centros de salud por sanitarios bien capacitados y van dirigidos a toda la población.

a) ¿Usted cree que los titulados o tituladas en enfermería que trabajan en atención primaria necesitarían una formación específica para aplicar programas domiciliarios de atención a embarazadas adolescentes de familias vulnerables?

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

b) Si está de acuerdo o totalmente de acuerdo, ¿podría explicar sobre qué aspectos considera que deberían formarse a este colectivo de profesionales?

a) ¿Dentro de la formación previa que reciben los profesionales de enfermería que realizarán los talleres de prevención de maltrato, piensa usted que deberían añadirse aspectos formativos relacionados con el maltrato infantil y la violencia de género?

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

b) Si está totalmente de acuerdo o de acuerdo con la pregunta anterior. ¿Sobre qué aspectos del maltrato infantil o de la violencia de género deberían formarse?

c) ¿Incluiría formación sobre el riesgo que supone el consumo de drogas durante el embarazo?

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

3. Después de ver los temas tratados en los talleres dirigidos a las madres,

a) ¿Incluiría algún tema más?

b) ¿Puede concretar sobre qué aspecto o aspectos?

c) ¿Trataría aspectos concretos como el maltrato infantil o la violencia de género?

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

d) Si está totalmente de acuerdo o de acuerdo con la pregunta anterior. ¿Sobre qué aspectos del maltrato infantil o de la violencia de género deberían formarse?

4. El programa en cuestión está diseñado para aumentar los conocimientos sobre el embarazo, el parto y el cuidado de los hijos e hijas. ¿Cree que los formadores del programa deberían pertenecer al ámbito de sanidad?

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

5. En el caso de que no piense que los formadores deban pertenecer al ámbito sanitario, ¿a qué colectivo profesional deberían pertenecer?

6. El Programa Competencias Maternas consta de una formación individualizada en el domicilio

a) ¿Cree adecuado realizar los talleres de manera individualizada?

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

b) ¿Opina que realizarlos en el domicilio supondría una ventaja?

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

c) ¿Piensa usted que las madres aceptarían que se impartiesen los talleres de formación en su propio domicilio?

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

d) ¿Considera que incluir a otro familiar en los talleres formativos sería adecuado para mejorar su red de apoyo?

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

e) ¿Cree que las madres participantes en el programa acudirían más a la matrona y al ginecólogo para controlar su embarazo?

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

f) ¿Piensa que los talleres mejorarían los cuidados al recién nacido en estas familias?

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

g) ¿Considera que las madres aplicaran lo aprendido en los talleres?

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

h) ¿Cree que las madres no olvidarán los aprendizajes y los seguirán utilizando?

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

i) ¿Cree que las madres que acudan al programa maltratarán menos a sus hijos e hijas que otras que no lo reciban?

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

7. En cuanto a la duración del Programa

a) ¿Cree adecuado que el inicio de los talleres sea durante el embarazo?

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

b) ¿Prolongaría la duración de los talleres más allá de que el primogénito o primogénita tenga 6 meses?

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

desacuerdo	desacuerdo	en desacuerdo		acuerdo
------------	------------	---------------	--	---------

8. La impartición de los talleres formativos requerirá la participación de los centros de salud y de los servicios sociales que habitualmente realizan el seguimiento de las gestantes.

a) ¿Cree posible que este programa tenga una buena acogida por parte de los profesionales que trabajan con estas familias?

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

b) ¿Considera que el programa mejoraría el trabajo coordinado entre servicios sociales y de sanidad de estas familias?

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

9. ¿Cree que los servicios sociales que colaboran en el Programa tienen un papel adecuado?

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

10. ¿Se le ocurren otras funciones que puedan realizar los servicios sociales dentro del programa?

11. ¿Se le ocurre alguna dificultad para aplicar el programa en nuestra comunidad autónoma?

12. Se le ocurre alguna mejora para el Programa?

8. 11. Anexo 11. Segundo cuestionario Delphi

Aclaraciones

Este cuestionario incluye las respuestas del cuestionario anterior de todo el panel de expertos consultados. Induce nuevas preguntas generadas a través de vuestras opiniones y vuelve a pretender acercarse a un consenso. Las nuevas preguntas se presentan en color azul para facilitar su cumplimentación. Son preguntas abiertas o tipo Likert. Para cumplimentar las respuestas tipo Likert puede marcar en un color una de las cinco opciones posibles. Por ejemplo:

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

Si quiere añadir algún comentario a esa pregunta también puede hacerlo.

En las preguntas abiertas se puede extender lo que desee.

Aunque en el cuestionario previo quedaba excluido de alguna pregunta, conteste a todas y añada lo que considere necesario.

Cuestionario 2:

1. ¿Considera necesario un programa de prevención de maltrato infantil en Baleares dirigido a madres adolescentes? Todos los expertos están totalmente de acuerdo (75%) o de acuerdo (25%)

2. Sabemos que los programas de atención a la embarazada y al recién nacido se realizan de forma diaria en los centros de salud por sanitarios bien capacitados y van dirigidos a toda la población.

a. ¿Usted cree que los titulados o tituladas en enfermería que trabajan en atención primaria necesitarían una formación específica para aplicar programas domiciliarios de atención a embarazadas adolescentes de familias vulnerables?

Todos estáis totalmente de acuerdo en la necesidad de una formación previo a la aplicación del programa.

b. Si está de acuerdo o totalmente de acuerdo, ¿podría explicar sobre qué aspectos considera que deberían formarse a este colectivo de profesionales? **Subraye los aspectos en que considera que deberían formarse (además de los incluidos en el programa):**

- Detección de factores de riesgo social.
- Detección de indicadores de maltrato infantil.
- Realización de historia psicosocial.
- Conocer los recursos disponibles en la atención a familias vulnerables.
- Habilidades comunicativas, entrevista motivacional y empatía.
- Ciclo de la pobreza en el embarazo adolescente.
- Educación afectiva y sexual.

- Psicología evolutiva, del desarrollo y de la adolescencia.
- Modelos de Intervención familiar Sistémica.
- Psicología positiva.
- Teoría del Apego.
- Resiliencia y Coach.

NOTA: he excluido sugerencias que habéis escrito al estar ya incluidas en el programa (entiendo que formulé mal la pregunta): vínculo-apego, salud física y mental durante el embarazo, hábitos tóxicos...

3. ¿Dentro de la formación previa que reciben los profesionales de enfermería que realizarán los talleres de prevención de maltrato, piensa usted que deberían añadirse aspectos formativos relacionados con el maltrato infantil y la violencia de género?

Uno de vosotros no está de acuerdo ni en desacuerdo, otro está de acuerdo y el resto estáis totalmente de acuerdo.

¿Usted cree que los o las profesionales de enfermería están suficientemente formados en aspectos relacionados con el maltrato infantil o la violencia de género?

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

a. Si está totalmente de acuerdo o de acuerdo con la pregunta anterior. ¿Sobre qué aspectos del maltrato infantil o de la violencia de género deberían formarse? **Subraye los aspectos en que considera que deberían formarse:**

- Tipos de violencia.
- Teoría del Trauma.
- Efectos psicológicos y emocionales de la violencia intrafamiliar.
- Detección del maltrato infantil.

- Notificación del maltrato infantil (incluye RUMI).
- Prevención del maltrato infantil.
- Detección de la violencia de género.
- Recursos disponibles ante el maltrato infantil y la violencia de género.
- Circuitos de actuación ante el maltrato infantil y la violencia de género.
- Realizar una historia clínica psicosocial.

4. ¿Incluiría formación sobre el riesgo que supone el consumo de drogas durante el embarazo?

El 83% referís estar totalmente de acuerdo con formar sobre el consumo de drogas y el 17% está de acuerdo.

3. Después de ver los temas tratados en los talleres dirigidos a las madres,

¿Incluiría algún tema más? **Subraye los temas que añadiría:**

- Planificación familiar y anticoncepción.
- Empoderamiento y autoconfianza.
- Educación afectivo-sexual.
- Utilización de los recursos sanitarios (está algo incluido en el programa ya que se fomentan las valoraciones por la matrona en el seguimiento del embarazo y las revisiones sanitarias del programa del niño sano).
- Aproximación a la historia materna para conocer el modelo de parentalidad que ha recibido.
- Bienestar y buen trato a la infancia.

NOTA: no se ha incluido el vínculo-apego ya que ya está incluido en el programa.

4. ¿Puede concretar sobre qué aspecto o aspectos?

Resuelto en apartado previo

5. ¿Trataría aspectos concretos como el maltrato infantil o la violencia de género?

El 67% estáis totalmente de acuerdo y el 33% de acuerdo

6. Si está totalmente de acuerdo o de acuerdo con la pregunta anterior. ¿Sobre qué aspectos del maltrato infantil o de la violencia de género deberían formarse?

Subraye los temas que añadiría en la formación a las madres:

- Tipos de maltrato.
- Aspectos preventivos de la violencia.
- Buen trato a la infancia.
- Indicadores de estar padeciendo algún tipo de violencia.
- Como denunciar la violencia.
- Redes de apoyo ante violencia intrafamiliar.

7. El programa en cuestión está diseñado para aumentar los conocimientos sobre el embarazo, el parto y el cuidado de los hijos e hijas. ¿Cree que los formadores del programa deberían pertenecer al ámbito de sanidad?

El 50% está de acuerdo y el 37.5% está totalmente de acuerdo en que los formadores deben pertenecer a sanidad. Uno de los expertos refirió no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo refiriendo que le parecería adecuado que los formadores pudieran ser tanto del ámbito de sanidad, de educación o de servicios sociales.

8. En el caso de que no piense que los formadores deban pertenecer al ámbito sanitario, ¿a qué colectivo profesional deberían pertenecer?

Uno de vosotros sugiere que cualquier colectivo que trabaje con primera infancia (educación, servicios sociales o sanidad) podría formarse para la aplicación del programa. ¿Que opina al respecto teniendo en cuenta la temática tratada en el programa?

9. El Programa Competencias Maternas consta de una formación individualizada en el domicilio

a. ¿Cree adecuado realizar los talleres de manera individualizada?

Alguno de vosotros sugiere que alguna podría ser de forma grupal para mejorar el apoyo entre las participantes. Del resto, la mitad está de acuerdo y la otra mitad totalmente de acuerdo en el formato individual.

¿Considera que alguna de las sesiones debería ser grupal?

Si su respuesta es que sí, ¿sobre cuál de los temas que incluye el programa haría una sesión grupal?

b. ¿Opina que realizarlos en el domicilio supondría una ventaja?

La mayoría está de acuerdo (62,5%) y totalmente de acuerdo (37,5%) con la realización domiciliaria de las sesiones.

10. ¿Piensa usted que las madres aceptarían que se impartiesen los talleres de formación en su propio domicilio?

Todos excepto uno de vosotros estáis de acuerdo con la formación en el domicilio de las madres. Uno está en desacuerdo refiriendo que supondría una dificultad para la realización del programa que las madres podrían no querer realizar el programa en su domicilio.

Uno de vosotros/as describe que la ventaja de la aplicación en el domicilio permite conocer la realidad de cada familia para ofrecer atención más adecuada. ¿Cree que esta es la mayor ventaja de ofrecer el programa en el domicilio de las jóvenes adolescentes?

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

Otra ventaja observada es que permitiría llegar a familias que si se tuvieran que

desplazar no acudirían. ¿Está de acuerdo que supondría esta ventaja?

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

11. ¿Considera que incluir a otro familiar en los talleres formativos sería adecuado para mejorar su red de apoyo? Todos estáis de acuerdo.

12. ¿Cree que las madres participantes en el programa acudirían más a la matrona y al ginecólogo para controlar su embarazo?

La mayoría estáis de acuerdo (62,5%) o totalmente de acuerdo (12,5%) . Un 25% no están de acuerdo ni en desacuerdo.

¿Qué estrategia cree que favorecería el buen control del embarazo durante la adolescencia?

13. ¿Piensa que los talleres mejorarían los cuidados al recién nacido en estas familias?

La mitad está de acuerdo y la otra mitad refiere estar totalmente de acuerdo.

14. ¿Considera que las madres aplicarán lo aprendido en los talleres?
Todos estáis de acuerdo

15. ¿Cree que las madres no olvidarán los aprendizajes y los seguirán utilizando?

La mayoría estáis de acuerdo (62,5%), un 25% ni de acuerdo ni en desacuerdo y 12,5% estáis en desacuerdo.

¿Realizarías alguna sesión para recordar lo impartido en el programa?

¿Cuándo?

¿Cuántas sesiones?

¿Sobre que aspectos de las sesiones que están incluidas insistiría más?

16. ¿Cree que las madres que acudan al programa maltratarán menos a sus hijos e hijas que otras que no lo reciban? La mitad está de acuerdo y la otra mitad refiere estar totalmente de acuerdo.

17. En cuanto a la duración del Programa

a. ¿Cree adecuado que el inicio de los talleres sea durante el embarazo?

Uno de vosotros está de acuerdo, otro ni de acuerdo ni en desacuerdo y el resto estáis completamente de acuerdo.

¿Os parecería más adecuado iniciar el programa tras el nacimiento y no iniciar la formación en durante la gestación?

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---------------	--------------------------------	------------	-----------------------

18. ¿Prolongaría la duración de los talleres más allá de que el primogénito o primogénita tenga 6 meses? La mayoría opina refiere que está de acuerdo o totalmente de acuerdo en la prolongación del programa.

¿Hasta que edad del menor considera que sería adecuado prolongarlo?

¿Lo prolongaría para todas las participantes o sólo para aquellas familias en mayor riesgo?

19. La impartición de los talleres formativos requerirá la participación de los centros de salud y de los servicios sociales que habitualmente realizan el seguimiento de las gestantes.

a. ¿Cree posible que este programa tenga una buena acogida por parte de los profesionales que trabajan con estas familias?

El 62,5% estáis de acuerdo y 37,5% totalmente de acuerdo

b. ¿Considera que el programa mejoraría el trabajo coordinado entre servicios sociales y de sanidad de estas familias?

El 62,5% estáis de acuerdo y 37,5% totalmente de acuerdo

- c. ¿Cree que los servicios sociales que colaboran en el Programa tienen un papel adecuado? Estáis de acuerdo (75%) o ni de acuerdo ni en desacuerdo (25%)
20. ¿Se le ocurren otras funciones que puedan realizar los servicios sociales dentro del programa? **Subraye otros aspectos que puedan aportar los servicios sociales:**

- Informar sobre recursos y ayudas a los que pueden acceder las familias.
- Dar apoyo emocional a las familias.
- Mejorar aspectos organizativos de la vivienda.
- Apoyo comunitario para las madres.
- Tramitación de recursos y prestaciones a las que tengan derecho.
- Beneficiarse de programas que se lleven a cabo en Servicios Sociales.

NOTA: durante el programa ya está incluido que servirán de apoyo para ofrecer actividades formativas o facilitar la inserción laboral de las madres, aspecto que alguno de vosotros sugerís

21. ¿Se le ocurre alguna dificultad para aplicar el programa en nuestra comunidad autónoma?

Subraye las dificultades que cree que presentará el programa:

- Disposición de las adolescentes a participar en el programa.
- Asegurar su continuidad.
- Disponer de personal sanitario para realizar el programa.
- La dispersión de la población (especialmente en la “part forana”).
- La no coincidencia de las zonas de sanitarias con las zonas de actuación de servicios sociales.

22. ¿Se le ocurre alguna mejora para el Programa?

Subraye los aspectos que considere que podrían mejorar el programa:

- Hacer alguna sesión de forma grupal.
- Llamar a los talleres de otra forma: visitas domiciliarias (puede sugerir otro nombre).
- Ofrecer apoyo psicológico a la madre para mejorar su autoconfianza.
- Crear un equipo mixto entre salud y servicios sociales para llevar a cabo la intervención conjuntamente.
- Tener en cuenta recursos existentes multidisciplinares de atención a la infancia (Servicio de Atención Temprana).
- Información a todo el equipo del centro de salud al que pertenece la familia del programa.
- Espaciar la frecuencia de las sesiones.

8. 11. Anexo 11. Devolución final del panel Delphi

Cuestionario 2:

En cuanto a la necesidad formativo de los y las profesionales de sanidad destacan los siguientes temas más de la mitad de vosotros:

- Detección de factores de riesgo social.
- Detección de indicadores de maltrato infantil.
- Realización de historia psicosocial.
- Conocer los recursos disponibles en la atención a familias vulnerables.
- Habilidades comunicativas, entrevista motivacional.
- Empatía.

- Psicología evolutiva, del desarrollo y de la adolescencia-
- Psicología positiva.
- Teoría del Apego.

La mayoría estáis de acuerdo o totalmente de acuerdo en que los profesionales de enfermería están bien formados en maltrato infantil y violencia de género. 3 de vosotros no estáis ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Se deberían formar en los siguientes aspectos:

- Efectos psicológicos y emocionales de la violencia intrafamiliar.
- Detección del maltrato infantil.
- Notificación del maltrato infantil (incluye RUMI).
- Prevención del maltrato infantil.
- Detección de la violencia de género.
- Recursos disponibles ante el maltrato infantil y la violencia de género.
- Circuitos de actuación ante el maltrato infantil y la violencia de género.

Entre los temas para los formadores incluiríais:

- Planificación familiar y anticoncepción.
- Empoderamiento y autoconfianza.
- Educación afectivo-sexual.
- Bienestar y buen trato a la infancia.

Los que añadiría en la formación a las madres:

- Tipos de maltrato.
- Aspectos preventivos de la violencia.
- Buen trato a la infancia.
- Indicadores de estar padeciendo algún tipo de violencia.
- Como denunciar la violencia.
- Redes de apoyo ante violencia intrafamiliar.

En el caso que el formador o la formadora no corresponda al ámbito sanitario alguno de vosotros encontraréis la dificultad en dar formación sobre temas sanitarios.

La mayoría de vosotros consideraréis adecuado hacer una o varias sesiones grupales sobre el buen trato a la infancia, las redes de apoyo o sobre indicadores de estar padeciendo algún tipo de maltrato.

Todos excepto uno estáis de acuerdo en que la ventaja de la aplicación en el domicilio permite conocer la realidad de cada familia para ofrecer atención más adecuada.

Estáis todos de acuerdo o totalmente de acuerdo en que ayudaría a las familias que no pueden desplazarse.

Para favorecer el buen control del embarazo durante la adolescencia se da importancia a la educación, a la fidelización al programa, al apoyo familiar y al empoderamiento y autoconfianza de las madres.

La mayoría harías sesiones de recordatorio, al menos 2, entre los 3 meses y los 2 años de haber finalizado el programa. Estas harían hincapié en la prevención del maltrato, el apego, la prevención de accidentes y la planificación familiar.

No estáis de acuerdo en que el programa sea solo tras el nacimiento apoyando así su inicio durante el embarazo.

Todos prolongarías el programa mínimo hasta los 12 meses del menor, algunos incluso hasta los 2-3 años y lo ofrecerías a todas las familias.

Creéis que los servicios sociales pueden aportar los siguientes aspectos:

- Informar sobre recursos y ayudas a los que pueden acceder las familias.
- Dar apoyo emocional a las familias.
- Mejorar aspectos organizativos de la vivienda.
- Apoyo comunitario para las madres.

- Tramitación de recursos y prestaciones a las que tengan derecho.
- Beneficiarse de programas que se lleven a cabo en Servicios Sociales.

Las dificultades que cree que presentará el programa afirmáis que serán:

- Disposición de las adolescentes a participar en el programa.
- Asegurar su continuidad.
- Disponer de personal sanitario para realizar el programa.

Podrían mejorar el programa:

- Hacer alguna sesión de forma grupal.
- Ofrecer apoyo psicológico a la madre para mejorar su autoconfianza.
- Crear un equipo mixto entre salud y servicios sociales para llevar a cabo la intervención conjuntamente.
- Tener en cuenta recursos existentes multidisciplinares de atención a la infancia (Servicio de Atención Temprana).