



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD: SECCIÓN ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA.

(SEDE TENERIFE)

**PROYECTO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA
DESTINADO A CONCIENCIAR A LAS
MUJERES EN PERÍODO DE GESTACIÓN
SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS
LEGALES Y NO LEGALES, Y SU
REPERCUSIÓN EN EL EMBARAZO**

Autora: Stephanie Pérez Granjas

Tutora: Janet Delgado Rodríguez

Titulación: Grado en Enfermería

Fecha: 28.05.2017

RESUMEN

El nivel de conocimiento de las mujeres en período de gestación acerca de la repercusión que tiene el consumo de drogas legales y no legales es fundamental para mantener un buen estado de salud durante su embarazo, y sobre todo para procurar un óptimo estado de salud en el recién nacido.

El alcoholismo y/o la drogadicción en el embarazo conllevan una serie de riesgos y consecuencias. El Síndrome Alcohólico Fetal es el conjunto de discapacidades físicas, mentales y de crecimiento que experimenta un niño cuya madre ha sido consumidora de alcohol durante la gestación; para este síndrome no existe cura, únicamente tratamiento. Por otro lado, se conoce como Síndrome de Abstinencia Neonatal a aquellos problemas que experimenta un recién nacido cuando deja de estar expuesto a sustancias, drogas o narcóticos.

Este proyecto de intervención educativa tiene como objetivo principal concienciar a las mujeres en período de gestación sobre el consumo de sustancias legales y no legales, y su repercusión en el embarazo. Debido a que ambos síndromes suponen un gran impacto en la salud pública a nivel mundial, este tipo de acciones preventivas cobran especial importancia.

Para el correcto desarrollo de la intervención, se llevarán a cabo cuatro sesiones distribuidas en un mes, correspondiendo así a una sesión por semana. Con estas sesiones se pretende hacer una buena promoción de la salud en el embarazo, además de sensibilizar a las madres con respecto a los daños que pueden ocasionar el consumo de sustancias nocivas durante la gestación.

Palabras claves

Síndrome alcohólico fetal (SAF), abstinencia neonatal, gestación, alcohol, drogas, concienciar, promoción de la salud.

ABSTRACT

Women's level of knowledge in the gestation period about the impact of the use of legal and non-legal drugs is fundamental for maintaining good health during pregnancy, and above all for seeking optimal health status in the newborn.

Alcoholism and/or drug addiction during pregnancy carry a number of risks and consequences. Fetal Alcohol Syndrome is the set of physical, mental and growth disabilities experienced by a child whose mother has been consumer of alcohol during pregnancy; this syndrome has no cure, it only has treatment. On the other hand, it is known as Neonatal Abstinence Syndrome to the problems that a newborn experiences when it is no longer exposed to substances, drugs or narcotics.

The main aim of this educational intervention project is to make women, who are in their gestation period, aware of the consumption of legal and nonlegal substances, and their repercussion during pregnancy. Because of these two syndromes wich have a great impact on public health worldwide, this type of preventive action take an important role.

In order to get a correct development of the intervention, it is going to carry out four sessions along one month, each session per week. These sessions are designed not only to promote good health in pregnancy but also to sensitize mothers about the damages caused by the consumption of harmful substances during gestation.

Key words

Fetal Alcohol Syndrome (FAS), neonatal abstinence, gestation, alcohol, drugs, make aware, health promotion

Índice

1. INTRODUCCIÓN	5
2. SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL	6
2.1. Efectos del alcohol en el embarazo	8
2.2. Criterios diagnósticos del SAF	9
2.3. Dificultades típicas de personas con SAF	11
2.4. Tratamiento del Síndrome Alcohólico Fetal	12
3. SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL	12
3.1. Criterios diagnósticos del Síndrome de Abstinencia Neonatal	14
3.2. Signos y síntomas del Síndrome de Abstinencia Neonatal	14
3.3. Tratamiento del Síndrome de Abstinencia Neonatal	16
4. PLANIFICACIÓN: INTERVENCION EDUCATIVA	17
4.1. Objetivos	17
4.2. Metodología	18
4.3. Temporalización	23
4.4. Recursos	23
5. EJECUCIÓN	24
6. EVALUACIÓN	24
7. CONCLUSIÓN	25
8. BIBLIOGRAFÍA	26
9. ANEXOS	29
9.1. Anexo 1	29
9.2. Anexo 2	30
9.3. Anexo 3	31

1. INTRODUCCIÓN

El conocimiento de la peligrosidad del consumo de alcohol durante el embarazo no es un hecho nuevo. El primer informe científico sobre los efectos adversos en niños nacidos de madres que ingerían alcohol durante la gestación vino dado por Sullivan en 1899, cuando descubrió que los hijos de mujeres alcohólicas en Inglaterra tenían un patrón distintivo de defectos en el nacimiento y existían tasas más altas de aborto espontáneo. Además, observó que cuando estas mujeres alcohólicas eran encarceladas nacían bebés más sanos al ocurrir la gestación en prisión ya que se utilizaba la abstinencia de alcohol como herramienta preventiva.¹

El etanol es la droga de la cual se abusa más en la sociedad contemporánea y su consumo es perjudicial para la salud. Además, el hecho de que se ingiera en el período de gestación puede desembocar en una serie de discapacidades como el síndrome alcohólico fetal, enfermedad para la que existe tratamiento pero no una cura.

El consumo de drogas legales o ilegales en las mujeres durante el embarazo es una situación que ocasiona problemas clínicos para los recién nacidos cuando tras el nacimiento dejan de formar parte de la exposición a estas sustancias. Actualmente hay una gran prevalencia y repercusión del Síndrome de Abstinencia Neonatal en relación con el creciente consumo de drogas en mujeres en edad fecunda y en las que se encuentran embarazadas.²

El Síndrome Alcohólico Fetal y el Síndrome de Abstinencia Neonatal suponen un problema de salud pública, para el que es necesario establecer programas de prevención y de promoción de la salud en el embarazo.

Por ello, nos planteamos para el desarrollo de esta intervención educativa ¿Qué estrategias podemos llevar a cabo con las gestantes para prevenir el Síndrome Alcohólico Fetal y el Síndrome de Abstinencia Neonatal?

2. SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL

Se conoce como Síndrome alcohólico fetal al conjunto de discapacidades físicas, mentales y de crecimiento que experimenta un niño cuya madre ha sido consumidora de alcohol durante la gestación.³

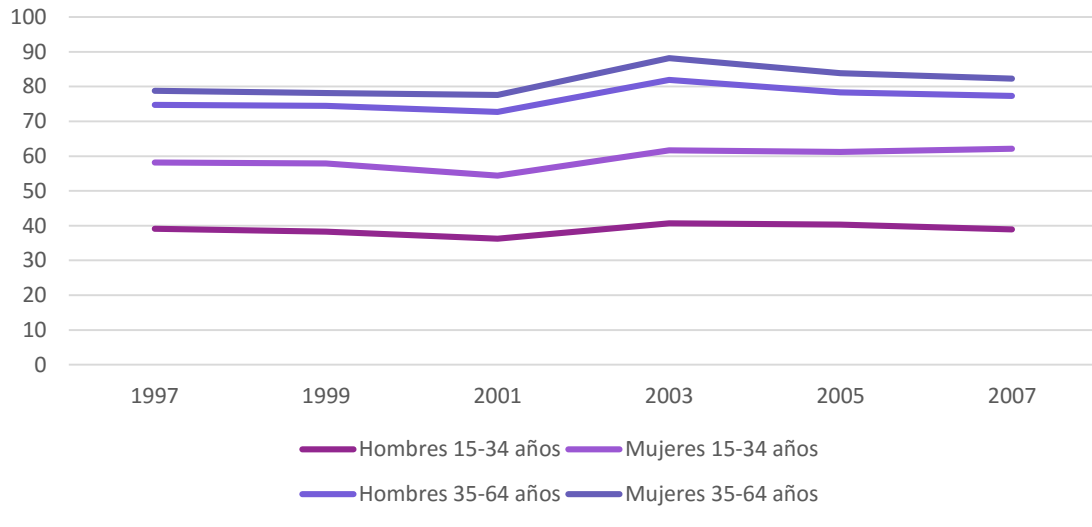
El consumo de alcohol es un importante conflicto para la salud mundial y Europa es la zona del mundo en la cual se consume más alcohol. Se trata de un problema en auge en la adolescencia, donde ha crecido el consumo de esta sustancia en atracón, llevando al estado de lo que conocemos por “borrachera”.⁴

El alcohol es una droga al alcance de todos, y en España es la droga que más se consume. Además, se le considera el teratógeno más usual en la cultura occidental y una de las principales causas de origen no genético que da lugar a discapacidad mental y defectos congénitos.⁵

En un estudio realizado en 2005 se verificó que la prevalencia de “borracheras” en el último año en mujeres con edad de entre 15 y 34 años fue del 20,9%, y este porcentaje se ha ido incrementando al 23,2% en 2007. Además, en esta etapa la media de edad donde se comienza el consumo de alcohol en la población en general es de 16,8 años, siendo en las mujeres a los 17,6 años.⁶

A continuación, se podrá observar un gráfico de la evolución de la prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses en la población de 15 a 64 años, según grupo de edad y sexo (%). España, 1997-2007. (Gráfico 1)

Gráfico 1. Evolución de la prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses en la población de 15 a 64 años, según grupo de edad y sexo (%). España, 1997-2007.



	Hombres 15-34 años	Mujeres 15-34 años	Hombres 35-64 años	Mujeres 35-64 años
1997	39,1	19,1	16,5	4,1
1999	38,3	19,6	16,6	3,6
2001	36,3	18,1	18,3	4,9
2003	40,7	21	20,2	6,3
2005	40,3	20,9	17,1	5,5
2007	38,9	23,2	15,2	5

A pesar de que se detecta un importante descenso en el consumo de alcohol durante el embarazo, se mantiene un consumo regular del mismo en un porcentaje significativo, siendo en España aproximadamente una cuarta parte de las gestantes.⁴

Según diferentes estudios, la prevalencia de mujeres gestantes consumidoras de alcohol varía mucho en cifras. Muchos autores aluden la angosta vinculación que existe entre el consumo de bebidas alcohólicas durante la gestación y los factores socioculturales. Por ello, el consumo variará según el nivel de estudios, de la edad de la madre, de la situación laboral y de la ingesta por parte de la pareja entre otras cosas.⁷

2.1 Efectos del alcohol en el embarazo

El alcohol traspasa sin dificultad la barrera placentaria, por lo que se pone rápidamente en contacto con el feto⁵. Además, al poseer un cuerpo todavía inmaduro y carecer de las enzimas necesarias para poder eliminar el alcohol, los niveles de esta sustancia en su sangre pueden mantenerse elevados durante más tiempo que en la sangre de la madre.⁹

Varios autores coinciden cuando llegan a la conclusión de que el riesgo de la ingesta de alcohol durante todo el embarazo aumenta la probable aparición de daños tanto en la organogénesis como en la fase madurativa. Por ello, las consecuencias serán diferentes dependiendo de la edad gestacional. Por lo general, las malformaciones ocurren en el período embrionario, mientras que los defectos neurológicos y el crecimiento retardado se dan en el período fetal. Sin embargo, cuando se trata de un consumo pequeño de alcohol durante el embarazo, hay posiciones discordes en los estudios consultados, ya que algunos refieren que no afecta al crecimiento fetal y no encontraron evidencia que verifique el aumento de malformaciones prenatales.^{7, 10, 11}

Por esto, en cuanto a la gravedad del perjuicio encontramos discrepancias. Sabemos que el consumo de esta sustancia es insano pero no se acaba de esclarecer a partir de qué cantidad hablamos realmente de peligro en cuanto al embarazo.

Se realizó un estudio en España donde se observó que aquellas madres que consumieron más ½ litro de vino y añadiendo alguna copa al día o las que presentaban alcoholismo, que aquellas madres con bajas ingestas de alcohol.⁷

Además, también se confirma que el riesgo de abortos espontáneos y el nacimiento de niños muertos, es mayor en aquellas mujeres consumidoras de alcohol durante el período de gestación.¹² En otra investigación llevada a cabo en Dinamarca, se descubrió que aquellas mujeres que consumieron 5 o más bebidas alcohólicas durante la semana tienen tres veces más probabilidades de que el niño nazca sin vida que las que consumieron menos de una bebida a la semana.¹³

Por lo tanto, no podemos hablar de una cantidad segura de alcohol para consumir durante la gestación y los trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF) son completamente prevenibles si no se ingiere esta sustancia.

2.2 Criterios diagnósticos del SAF

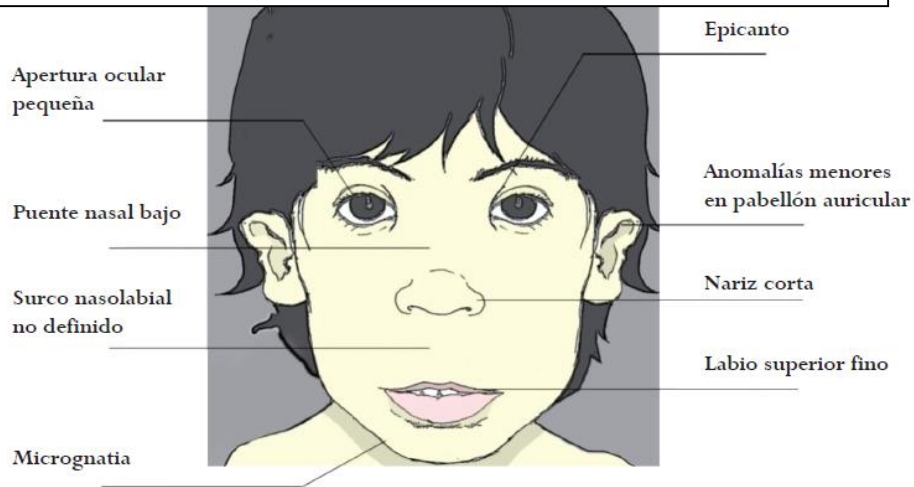
En 1996 aparecen cuatro categorías diagnósticas según el IOM (Institute of Medicine) que se dividen desde la más grave hasta la menos severa según la siguiente lista:

1. Síndrome alcohólico fetal (SAF)
2. Síndrome de alcoholismo fetal parcial (SAFP)
3. Trastornos del neurodesarrollo relacionados con el alcohol (TNRA)
4. Malformaciones congénitas relacionadas con el alcohol (MCRA)

Una de las características más importantes en la cual debemos fijarnos es en las anormalidades menores que se dan en el rostro. Y en el SAF encontramos tres signos principales:

1. Evidencia de un patrón específico de anormalidades faciales menores que incluyen dos o más de las características faciales típicas del síndrome, fisuras palpebrales angostas, nariz corta y hacia arriba, labio superior fino y surco nasolabial no definido. (Figura 1)
2. Evidencia de problemas de crecimiento anteriores o posteriores al parto, altura o peso inferior al percentil 10 para su edad.
3. Evidencia de crecimiento cerebral deficiente, anormalidades en la estructura cerebral o circunferencia occipitofrontal por debajo del percentil 10 para la edad.¹⁴

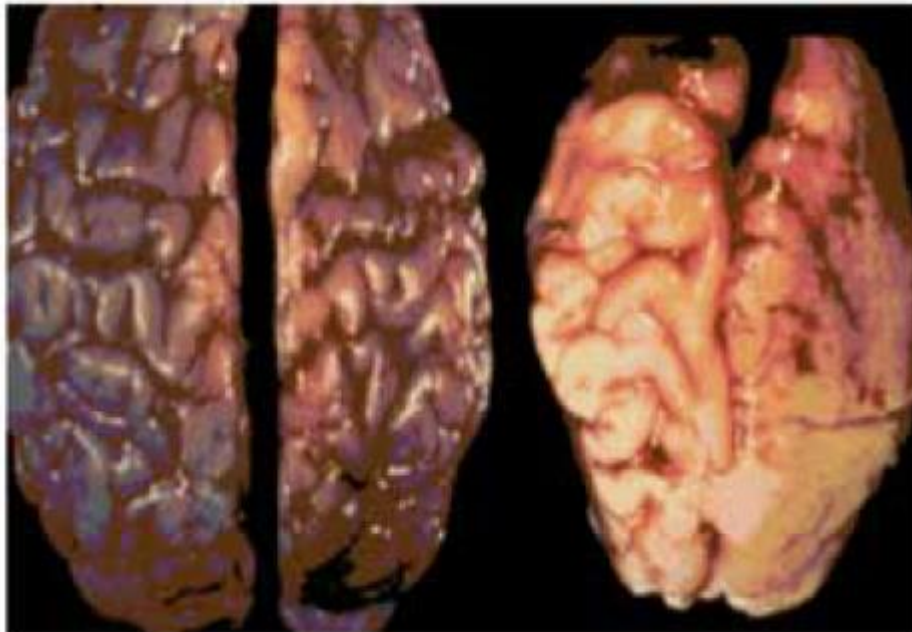
Figura 1. Rasgos faciales característicos del Síndrome Alcohólico Fetal.



Fuente: Consecuencias de la exposición prenatal al alcohol: desarrollo histórico de la investigación y evolución de las recomendaciones

El consumo de alcohol durante la gestación produce cambios en el desarrollo embrionario de las neuronas cerebrales, ya que dicho desarrollo depende de la síntesis de gangliósidos, que al entrar el organismo en contacto con niveles elevados de alcohol es bloqueada. Es por ello que el sistema nervioso central se manifiesta con alteraciones como parte del SAF (Figura 2). Es habitual que exista irritabilidad y nerviosismo en los neonatos.¹¹

Figura 2. A la izquierda imagen de un cerebro normal, a la derecha cerebro con malformaciones del Cuerpo Caloso



Fuente: Síndrome alcohólico fetal – Kattia Montoya Salas

Además de las alteraciones descritas anteriormente, existen otros trastornos asociados al SAF por el consumo materno de alcohol en el embarazo, se incluyen:

- Cardíacas: comunicación interauricular, comunicación interventricular.
- Oculares: anomalías vasculares de retina, estrabismo.
- Esqueléticas: escoliosis, contracturas de flexión, uñas hipoplásicas, clinodactilia, camptodactilia.
- Auditivas: sordera de conducción y/o sordera sensorioneural.
- Renales: duplicación ureteral, hipoplasia renal, displasia renal.¹⁵

2.3 Dificultades típicas de personas con SAF

Las disfunciones del SNC en muchos casos no son evidentes en el nacimiento o en la infancia, pero pueden manifestarse más tarde en la adolescencia y en la edad adulta. A continuación se describen problemas que presenta un niño con SAF más enfocado a largo plazo, ya que este síndrome no sólo tiene repercusión en el neonato:

- Integración Sensorial:
 - Pueden ser muy sensibles a las luces brillantes, ciertas prendas de vestir, sabores y texturas en los alimentos, los sonidos fuertes, etc
- Física:
 - Falta de equilibrio y coordinación motora
- Procesamiento de la Información:
 - Para determinar qué hacer en una determinada situación
 - Para seguir instrucciones múltiples
 - Habilidades de expresión verbal que a menudo exceden sus capacidades receptoras verbal
 - No se puede poner en práctica lo que han aprendido de memoria
 - Malinterpretar las palabras de otros, acciones o movimientos del cuerpo
- La función ejecutiva y la toma de decisiones:
 - Tienden a no aprender de los errores o las consecuencias naturales
 - Con frecuencia no responden a los sistemas de recompensa (puntos, niveles, pegatinas, etc)
 - Tienen dificultades para entretenerse
 - Ingenuo, crédulo (por ejemplo, puede caminar con un extraño)

- Luchar con conceptos abstractos (por ejemplo, tiempo, espacio, dinero, etc)
- La autoestima y problemas personales:
 - A menudo se siente "estúpida" o como un fracaso
 - Son vistos como poco cooperativo perezoso, y sin motivación, han dicho a menudo que no están esforzando lo suficiente
 - Pueden tener problemas de higiene
 - Son conscientes de que es "diferente" de otros.
 - A menudo crecen viven en hogares múltiples y la experiencia de las múltiples pérdidas¹⁶

2.4 Tratamiento del Síndrome Alcohólico Fetal

No existe cura para el SAF, pero sí puede tratarse y se basa principalmente en servicios de salud mental y médicos, para afrontar y llevar las discapacidades que se adquieren para toda la vida.¹⁷

3. SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL

Actualmente, gran parte de las mujeres en la etapa de gestación consume drogas legales o ilegales. Este hecho supone un importante problema de salud pública que tiene gran trascendencia social, psicológica y clínica para el recién nacido. Es considerado que 1 de cada 10 recién nacidos ha sido sometido al riesgo de exposición a drogas durante el período intrauterino.¹⁸

“El síndrome de abstinencia neonatal es un término para denominar un grupo de problemas que experimenta un recién nacido cuando se le retira de la exposición a sustancias, drogas o narcóticos”.¹⁸

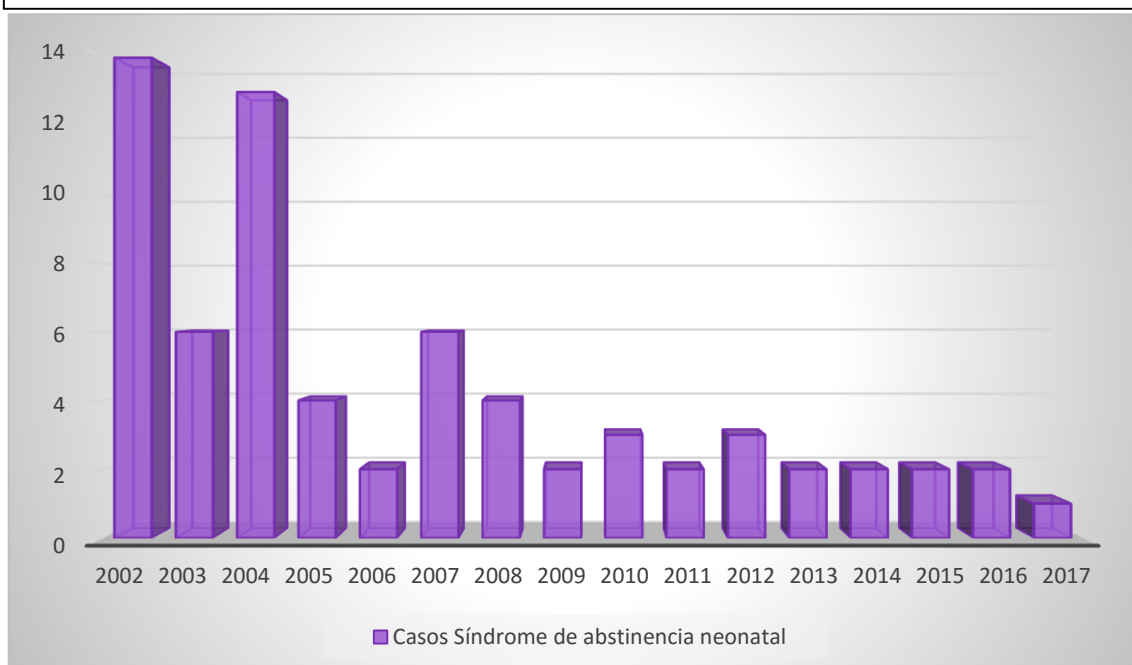
Si el uso de narcóticos aumenta en las mujeres gestantes, esto influirá de manera proporcional en la incidencia de este síndrome.

Según el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en 2010, se observó en los resultados de la Encuesta Nacional de Uso de Drogas y la

Salud de 2009, que la tasa de uso de drogas ilícitas en los datos combinados de 2009-2010 fue del 16,2% entre las mujeres embarazadas de 15 a 17 años, un 7,4% entre las mujeres embarazadas de 18 a 25 años, y un 1,9% entre las mujeres embarazadas de 26 a 44 años.¹⁹

El número de mujeres embarazadas consumidoras de drogas en edades tempranas es creciente. A pesar de ello, en España tenemos el ejemplo de cómo con el paso de los años el número de casos con síndrome de abstinencia neonatal disminuye a pesar de existir una gran dificultad para encontrar datos epidemiológicos. Este es el caso del Hospital Universitario de Canarias (HUC) en los últimos 14 años, donde se puede observar que en los 4 años anteriores han sido diagnosticados 2 casos de síndrome de abstinencia neonatal por cada uno de ellos. Estos datos se han obtenido descartando aquellos casos en los que el síndrome de abstinencia estuviera provocado por la administración de medicación secundaria al ingreso prolongado, y a la VM prolongada. Por lo tanto se trata de niños que tienen síndrome a causa del consumo de sustancias por parte de la madre. En el tiempo que ha transcurrido del 2017 sólo se ha diagnosticado un caso.

Gráfico 2. Casos de Síndrome de abstinencia neonatal del Hospital Universitario de Canarias (HUC) en los últimos 14 años. Fuente: registros hospitalarios UCI neonatal. Sistema de registro neosoft.



No es usual que las mujeres con drogodependencia busquen atención prenatal para su desintoxicación, sin embargo muchas buscan ayuda para reemplazar sus

narcóticos actuales por metadona. También existe la parte de mujeres que ya han buscado ayuda para la adicción y han reemplazado los narcóticos con metadona para luego poder quedarse embarazadas. Se recomienda a estas gestantes que permanezcan en tratamiento con metadona para que no aborten al bebé. Por último, se sabe que existen mujeres que son usuarias de narcóticos y metadona a la vez, y el personal sanitario no es consciente de esto hasta el nacimiento del niño.¹⁹

El cuidado de estas madres drogodependientes y de sus recién nacidos adictos a los fármacos plantea muchos retos a la atención sanitaria. Las enfermeras están en una posición única para evaluar a las madres embarazadas drogadictas y para observar los signos y síntomas de abstinencia en los recién nacidos.

3.1 Criterios diagnósticos del Síndrome de Abstinencia Neonatal

El síndrome de abstinencia neonatal dependerá del tipo de narcótico que haya consumido la mujer durante la gestación, el tiempo transcurrido entre la toma de la última dosis y el parto, y el metabolismo y excreción de la droga y sus metabolitos. Cuando hablamos de un recién nacido pre-término existe una menor incidencia del síndrome debido a la inmadurez de su sistema nervioso central y en consecuencia la menor exposición a la droga utilizada por la madre.²⁰

Por norma general, este síndrome aparece entre las 24 y 48 horas siguientes al parto, cabe decir que si la droga consumida es la heroína hablaríamos de síntomas precoces. Si la droga implicada son los barbitúricos, estos síntomas aflorarán entre 4 y 7 días tras el parto. En el caso de las benzodiazepinas las manifestaciones clínicas se darán entre 7 y 12 días tras el nacimiento. Y en el caso de la metadona el síndrome puede abrirse camino entre los 20 y 30 días post-parto.²⁰

3.2 Signos y síntomas del Síndrome de Abstinencia Neonatal

Se produce una hiperexcitabilidad del SNC que será caracterizada por la aparición de temblores, llanto agudo, mioclonías, convulsiones e irritabilidad. En cuanto

al aparato digestivo encontraremos una serie de alteraciones tales como vómitos, diarreas y regurgitaciones. Dentro de estas manifestaciones clínicas aparecerán problemas cardiorrespiratorios como la taquipnea, taquicardia y congestión nasal. Además, se hará visibles la fiebre, erupciones cutáneas, sudoraciones y una secreción excesiva de las mucosas.²¹

En función del tipo de droga consumida por la madre, también podemos hablar de síntomas precoces o tardíos.

- Síntomas precoces:
 - Test de Apgar por debajo de lo normal
 - Prematuridad en el caso de las anfetaminas
 - Perímetro cefálico disminuido
 - Estrés fetal con consecuentes excreciones de meconio y probable aspiración del mismo
 - Bajo peso para la edad gestacional, puede ser consecuencia del uso de marihuana y anfetaminas
 - Irregularidad en el comportamiento neurológico
- Síntomas tardíos:
 - Retraso en el crecimiento
 - Comportamiento hiperactivo y/o agresivo
 - Existe relación entre la muerte súbita del lactante y el uso de la cocaína durante la gestación²⁰

Loretta Finnegan desarrolló un sistema de puntuación para determinar el síndrome de abstinencia neonatal, y actualmente se utiliza en las UCI neonatales como referencia. Esta puntuación se compone de 21 síntomas que se anotan cada tres horas, antes de las comidas. Los síntomas de abstinencia se dividen en síntomas del sistema nervioso central, metabólicos / respiratorios y gastrointestinales.¹⁹ (Anexo 1)

3.3 Tratamiento del Síndrome de Abstinencia Neonatal

Medidas farmacológicas:

El **fenobarbital** es el fármaco utilizado por excelencia en el tratamiento del síndrome de abstinencia neonatal. Cuando la droga que provoca el síndrome es un opiáceo la pauta de tratamiento será 20 mg/kg de entrada de fenobarbital por vía intramuscular, y a continuación se administrará una dosis de 6-12 mg/kg/día de mantenimiento, cada 8 horas por vía oral. Este tratamiento dependerá de los valores alcanzados en la tabla de Finnegan.²²

Grado (puntos)	Tintura de opio diluida	Fenobarbital
8-10	0,8 mL/kg/día, cada 6h	6 mg/kg/día, cada 8 h
11-13	1,2 mL/kg/día, cada 6h	8 mg/kg/día, cada 8 h
14-16	1,6 mL/kg/día, cada 6 h	10 mg/kg/día, cada 8 h
17 ó más	2mL/kg/día, cada 6 h	12 mg/kg/día, cada 8 h

Tintura de opio: Si durante 2 días Finnegan < 8: 0,6 mL/Kg/día, cada 6 h, durante 2 días. Si se mantienen bajas, finalizar tratamiento.

Fenobarbital: Si durante 2 días Finnegan < 8: 4 mg/kg/día, cada 8 h, durante 2 días. Si se mantienen bajas, finalizar tratamiento

Fuente: Asociación Española de Pediatría

En cuanto al resto de posibles drogas como la marihuana, cocaína, sedantes, barbitúricos, benzodiazepinas o derivados, se podrá utilizar fenobarbital en su tratamiento.

Medidas no farmacológicas

La alimentación en un niño con síndrome de abstinencia neonatal es normal aunque con tomas más escasas y frecuentes, siempre y cuando el niño no vomita. Si se trata de un caso grave, no se suministrará alimentación oral al recién nacido hasta obtener una respuesta terapéutica farmacológica, aproximadamente en 48 horas. En el caso de que la madre sea toxicómana activa, no será posible la alimentación con lactancia materna, siendo la excepción aquellas madres que se encuentran en tratamiento con metadona exclusivamente. Si se trata de una ex drogadicta se deberá estudiar la posible infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de modo que si fuese positiva se descartaría la lactancia materna.

Por otro lado, resulta muy útil aislar al recién nacido en la incubadora y manipularlo lo menos posible, evitando así los ruidos y la luz. También es conveniente vestirlo con ropa holgada para disminuir las posibles abrasiones cutáneas. Para el tratamiento del llanto excesivo y la irritabilidad, está indicado el uso de un chupete o inmovilizarlo con tallas.²²

4. PLANIFICACIÓN: INTERVENCION EDUCATIVA

Teniendo en consideración la gravedad que supone el consumo de alcohol y/o estupefacientes en el embarazo a nivel mundial y nacional; las consecuencias sobre la salud de la gestante y el bebé tanto a corto como a largo plazo asociadas a dichas adicciones; y la importancia que tiene la acción preventiva al respecto, este proyecto de intervención educativa pretende concienciar a las mujeres en período de gestación sobre el consumo de sustancias legales y no legales y su repercusión en el embarazo e implementar hábitos de vida saludable centrados en la promoción de un embarazo sano, alejado de cualquier adicción perjudicial, que va dirigida a gestantes que se encuentren en los dos primeros trimestres del embarazo en la isla de Tenerife. Asimismo, se estima fundamental la ampliación de esta intervención a la matrona en un futuro, con el objetivo de reforzar la acción realizada.

Esta intervención se desarrollará en un centro de salud en la isla de Tenerife, San Benito en el municipio de San Cristóbal de La Laguna. Dicha intervención estará dirigida a gestantes que se encuentren en el primer y segundo trimestre de su embarazo.

4.1 Objetivos

OBJETIVO GENERAL:

- Concienciar a las mujeres en período de gestación sobre los riesgos asociados al consumo de sustancias legales y no legales, y su repercusión en el embarazo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Los objetivos específicos vendrán acompañados de cada una de las actividades que se realizarán a lo largo de la intervención. A continuación se nombran los principales:

- Conseguir un mayor control de la mujer embarazada consumidora de alcohol, promoviendo su disminución o erradicación.
- Concienciación de los perjuicios que conlleva el consumo de estupefacientes durante la gestación
- Promover hábitos de vida saludable durante la gestación.

4.2 Metodología

Esta intervención tiene como propósito un enfoque metodológico en el que las mujeres en período de gestación participarán de manera activa en las diferentes sesiones que se llevarán a cabo. De esta manera, se intenta que las madres se conviertan en las principales intérpretes del taller además de recibir la información pertinente. Por ello mismo, y para lograr una mejor cohesión de grupo será necesario captar un máximo de 15 participantes para así facilitar la interacción en los talleres.

Es importante destacar una serie de apartados que dan soporte a la metodología que vamos a aplicar.

En primer lugar ofreceremos una atención integral del grupo, de modo que enseñaremos una serie de conceptos que tienen como objetivo satisfacer necesidades de salud relacionadas con el cuidado en el embarazo de las gestantes contribuyendo al bienestar individual y social.

Seguidamente trabajaremos con un aprendizaje significativo ya que haremos una interrelación entre los conocimientos previos que tienen las gestantes con los que enseñaremos durante las sesiones del taller.

También tendremos en cuenta un enfoque globalizador, de modo que abordaremos aspectos claves de las consecuencias del consumo de sustancias legales y no legales, y su íntima relación con la salud del futuro bebé, estableciendo a su vez referencias con situaciones cotidianas (vídeo).

Por otro lado, crearemos un clima de seguridad y confianza en el cual se fomentará la cohesión del grupo mediante las actividades para desarrollar una interrelación entre las madres donde predomine el bienestar y el respeto.

La organización del ambiente/espacio y la distribución de los contenidos de las sesiones será clave para la fijación de los conceptos y la interacción entre iguales.

Por último, la colaboración con la familia y coordinación interna en el centro de salud con la matrona, será clave para que los conocimientos obtenidos en las sesiones impartidas en el centro se vean reforzados en casa y al revés; estableciendo una buena comunicación entre ambas partes.

Esta intervención se desarrollará en cuatro sesiones distribuidas en un mes, correspondiendo así a una sesión por semana. De esta forma, se pretende fijar los conocimientos que se transmitirán a las gestantes en sesiones pequeñas en un corto período de tiempo.

Sesión 1: Rompehielos

Sesión de iniciación a la terapia grupal. En esta primera sesión, el profesional encargado de impartirla se presentará de manera general a las gestantes participantes. Se realizarán tres actividades durante la sesión:

- Actividad 1: Consistirá en la relajación mediante la respiración. Dispondremos a las gestantes esparcidas por la sala y se les explicará cómo llevaremos a cabo la relajación:
 - Cerraremos los ojos y desenfocaremos la mirada
 - Relajación de la mandíbula
 - Realizaremos un repaso mental de nuestro cuerpo, y si encontramos alguna tensión la relajaremos
 - Colocaremos una mano en el pecho y otra en el abdomen
 - Inhalar profundamente por la nariz notando como se infla el diafragma y no el pecho, provocando así un ensanchamiento correcto de los pulmones
 - Exhalar progresivamente

La duración de la actividad está prevista para 10 minutos, donde se esperará una media de 6 a 10 respiraciones lentas por minuto. El objetivo de esta actividad es conseguir una relajación de las gestantes, reducir cualquier factor de estrés y fomentar así un estado de bienestar.

- Actividad 2: Vamos a conocernos. En esta parte de la sesión se utilizará una técnica de presentación, de modo que se integrará a todas las participantes para proporcionar un ambiente de seguridad y establecer una cohesión grupal.
 - Mi maleta de viaje: Esta técnica consiste en proponer a las gestantes que imaginen que realizarán un viaje y deben decidir que llevarán en su equipaje. Ellas deberán apuntar lo que van a llevar, bien pueden ser: objetos, ropa, libros, elementos simbólicos, o cualidades que creen que les harán falta. Luego se presentan así mismas al grupo contando qué contiene su maleta.

La duración de la actividad estará prevista para un intervalo de 10-15 minutos aproximadamente. El objetivo que persigue esta actividad es facilitar una comunicación participativa, estimular un ambiente distendido y conocer los nombres de las integrantes de la intervención.

- Actividad 3: Torbellino de ideas. En esta actividad, la encargada de la intervención deberá plantear una pregunta abierta acerca del consumo de sustancias legales y no legales en el embarazo, por ejemplo: ¿Cuáles serán las consecuencias si consumo alcohol o algún tipo de droga estando embarazada? Debemos explicar a las participantes que las respuestas pueden ser intuiciones que se tengan, percepciones, impresiones, constataciones etc. Estableceremos un margen de 5 minutos para pensar y escribir en tarjetas de cartulina las ideas que vayan surgiendo de manera individual. Es importante dejar claro, que sólo debe haber una idea por tarjeta. Posteriormente, cada una leerá una de sus ideas al grupo, y éstas se irán agrupando por afinidad temática. A continuación abriremos un turno de comentarios y reflexiones sobre el ejercicio anotando las conclusiones a las que llegamos.

La duración de la actividad tendrá un total de 20 minutos. El objetivo de esta actividad será favorecer que las gestantes discutan y analicen el concepto general que se intenta abordar.

Sesión 2: ¿Cómo influye el alcohol en nuestro embarazo?

Sesión de continuación de la terapia grupal. En esta parte de la intervención, el profesional encargado de impartirla deberá explicar a las gestantes cuáles son las consecuencias de consumir bebidas alcohólicas mientras están embarazadas.

- Actividad 1: En esta primera parte de la sesión se expondrá una presentación mediante un proyector, en la que se explicarán los efectos nocivos del alcohol

en el embarazo. Posteriormente se hablará de Síndrome Alcohólico Fetal y sus síntomas.

La duración de la actividad tendrá un total de 25 minutos, teniendo como objetivo informar y concienciar a las gestantes acerca de cómo el alcohol puede afectar a su futuro bebé.

- Actividad 2: En esta segunda parte de la sesión se establecerá una relación entre lo explicado en la actividad 1 y una situación cotidiana que se verá reflejada en un vídeo. Aquí las gestantes podrán observar cómo es vivir el día a día con un niño que presenta este síndrome. Posteriormente, después de la visualización del vídeo, se dejará un margen de 5 minutos de reflexión y se abrirá un debate para que las participantes puedan exponer las ideas y conclusiones a las que han llegado después de observar el caso. (<https://www.youtube.com/watch?v=abOsJnXzKhU&t=66s> [Última fecha de consulta: 28/05/2017])

La duración de la actividad tendrá una extensión de 20 minutos y tiene como objetivo la concienciación sobre el consumo de alcohol y su repercusión en el futuro bebé mediante una terapia de choque, en este caso la visualización del vídeo.

Sesión 3: ¿Cómo afectan las drogas al embarazo y a nuestro bebé?

Sesión de continuación de la terapia grupal. En esta parte de la intervención, el profesional encargado de impartirla deberá explicar a las gestantes cuáles son las consecuencias del consumo de estupefacientes mientras están embarazadas.

- Actividad 1: En esta primera parte de la sesión se expondrá una presentación mediante un proyector, en la que se explicarán los efectos provocados por el consumo de drogas en el embarazo. A continuación, se hablará de Síndrome de Abstinencia Neonatal, sus síntomas y tratamiento.

La duración de la actividad tendrá un total de 20 minutos, teniendo como objetivo informar y concienciar a las gestantes acerca de cómo el consumo de estupefacientes puede afectar a la salud del bebé.

- Actividad 2: En esta actividad se realizará un trabajo más dinámico en el que se reforzará lo impartido en la primera parte de la sesión, de modo que se harán preguntas a las participantes al azar en relación a lo expuesto en la presentación.

La duración de esta actividad tiene una extensión de 10 minutos y su objetivo es la concienciación de los perjuicios que conlleva el consumo de estupefacientes durante la gestación.

- Actividad 3: Para finalizar la sesión, realizaremos un ejercicio de relajación que permita liberar cualquier saturación producida por la información dada, ya que se tratan temas que pueden resultar duros al relacionarlos con ellas mismas y el futuro de su bebé. Por ello se reproducirá una música instrumental relajante, mientras ponemos en marcha los ejercicios de respiración que utilizamos en la primera sesión.

La duración de esta actividad será de 10 minutos. El objetivo de esta actividad es conseguir una relajación de las gestantes, reducir cualquier factor de estrés y fomentar así un estado de bienestar.

Sesión 4: Cuidamos nuestra salud y a nuestro bebé

Sesión final de la terapia grupal. En esta etapa de la intervención el profesional encargado de impartirla deberá hacer un recordatorio del contenido explicado en las sesiones anteriores y realizar promoción de la salud con las gestantes.

- Actividad 1: En esta primera parte de la sesión se hará un resumen de la teoría impartida en las dos sesiones anteriores.

La duración de la actividad será de 15 minutos. El objetivo es reforzar los conocimientos impartidos durante el transcurso de la intervención.

- Actividad 2: Consiste en dar una serie de consejos a las gestantes para que puedan llevar un embarazo saludable evitando el consumo de drogas y/o alcohol. Esta actividad se verá reforzada con un folleto que se repartirá a cada una de las participantes. (Anexo 2)

La duración de la actividad será de 20 minutos. El objetivo es promover hábitos de vida saludable durante la gestación.

- Actividad 3: Se pasará una pequeña encuesta con una serie de cuestiones donde las participantes responderán de manera anónima y personal.

La duración de la actividad será de 5-10 minutos. El objetivo es conocer cómo ha influido la intervención en las participantes.

- Actividad 4: La despedida. En esta última parte se realizará un abrazo en grupo para concluir con la intervención junto con música de relajación de fondo. Todas

las participantes deberán reunirse en el centro de la sala y se cogerán de las manos formando un círculo para crear un abrazo colectivo.

La duración de la actividad será de 5-10 minutos. El objetivo es facilitar la expresión de sentimientos.

4.3 Temporalización

A continuación se presenta el siguiente cronograma donde aparecen las distintas fases que contempla el proyecto de intervención educativa:

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Selección del tema	✕								
Búsqueda bibliográfica	✕	✕	✕						
Redacción de la justificación		✕	✕	✕	✕				
Ejecución							✕		
Realización de la intervención									✕
Evaluación									✕

El desarrollo de la intervención tendrá una extensión de un mes, en el que se realizará una sesión por semana con una duración de 45-50 minutos cada una aproximadamente.

4.4 Recursos

- Humanos: Para el desarrollo óptimo de la intervención, sólo será necesaria la participación de una persona encargada de impartirla. Ésta será dirigida por un/a enfermero/a.
- Materiales:
 - Proyector y pantalla para visualizar las presentaciones
 - Conexión a internet

- Paquete de folios
- 15-20 bolígrafos
- Folleto de consejos en el embarazo
- Económicos: Se prevé que no hayan gastos, de modo que los materiales que se vayan a necesitar, los proporcione el Servicio Canario de Salud o en su defecto el propio Centro de Salud.

5. EJECUCIÓN

Para llevar a cabo la intervención educativa es necesario solicitar el permiso en el centro de salud para poder hacer uso de la sala donde se realizarán las sesiones con las embarazadas.

Además, se contactará con la matrona del centro para captar al grupo de gestantes que se encuentren en los dos primeros trimestres de embarazo en la fecha para la que está prevista el desarrollo de la intervención. Es importante aclarar que sólo se encuentran disponibles 15 plazas puesto que se ha decidido que es el número idóneo para favorecer la interacción y la cohesión del grupo durante la duración de las sesiones.

Una vez se haya contactado con las embarazadas y se encuentren dispuestas a participar en la intervención, será necesario explicar a ellas y al centro que son completamente libres de abandonar la intervención en cualquier momento pero no será posible la integración al grupo de nuevas participantes.

6. EVALUACIÓN

La evaluación se realizará al final de la última sesión. Se pasará una encuesta de valoración de la intervención a las gestantes con el fin de conocer cómo ha influido la intervención en ellas, además de circunstancias que hayan resultado negativas en el desarrollo de las sesiones, con el objetivo de poder establecer cambios a posteriori, que signifique un beneficio para próximas intervenciones. (Anexo 3)

7. CONCLUSIÓN

La adicción es una enfermedad que no se entiende fácilmente; por lo tanto, una atención de calidad en una atmósfera sin prejuicios puede ser el primer paso para ayudar a estas mujeres y sus bebés.

Tanto el síndrome alcohólico fetal como el síndrome de abstinencia neonatal son un problema creciente de enfermería, medicina, de tipo social y psicológico. Se ha comprobado que el cuidado prenatal ayuda a las mujeres a tener bebés más sanos, por lo que ambos síndromes son 100% evitables y deben abordarse desde todas las disciplinas.

Las enfermeras desempeñan un papel muy importante para evaluar a las mujeres embarazadas drogodependientes y/o alcohólicas. De esta manera deben actuar de manera rápida y eficaz en la promoción de la salud en el embarazo, además de ofrecer la ayuda para la deshabituación de ambos vicios.

Con esta intervención se estima conseguir, con éxito, un mejor control de aquellas gestantes consumidoras de drogas y/o alcohol esperando así su desintoxicación definitiva, haciéndoles entender que no es sólo para su propia salud sino que implica totalmente la vida de su bebé.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. De Sanctis L, Memo L, Pichini S, Tarani L, Vagnarelli F. Fetal alcohol syndrome: new perspectives for an ancient and underestimated problema. *J Matern Fetal Neonatal Med.* [Internet] 2011 Oct [citado 16 Mayo 2017]; 24 Supl 1:34-7. Disponible en: 10.3109/14767058.2011.607576.
2. Porcel Gálvez AM, Ortega Martínez SM, Barrientos Trigo S, Ferrinho Ferreira R, Martínez Lara C. Síndrome de abstinencia neonatal: evolución en los últimos diez años. *Enferm. glob.* [Internet] 2014 Oct [citado 16 Mayo 2017]; 13(36): 337-351. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400019&lng=es.
3. Evrard SG. Diagnostic criteria for fetal alcohol syndrome and fetal alcohol spectrum disorders. *Arch. argent. pediatr.* [Internet] 2010 Feb [citado 16 Mayo 2017]; 108(1):61-67. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752010000100011&lng=es.
4. Rivas Juesas C, González de Dios J. La importancia de conocer y reconocer el espectro del síndrome alcohólico fetal. *Pediatría Atención Primaria* [Internet] 2008 [citado 16 Mayo 2017]; X(40):699-702; Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638709011>
5. Martínez Castillo Antonio. Alcohol y embarazo: intervención de enfermería en atención primaria. *Enferm. glob.* [Internet] 2011 Ene [citado 16 Mayo 2017]; 10(21). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100007&lng=es
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Portal Plan Nacional sobre Drogas - Encuestas y estudios [Internet]. *Pnsd.msssi.gob.es*. 2017 [citado 16 Mayo 2017]. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm
7. Martínez-Frías ML, Bermejo E, Rodríguez-Pinilla E. Evolución temporal y por comunidades autónomas del consumo de diferentes cantidades de alcohol durante el embarazo. *Med Clin.* [Internet] 2003 [citado 16 Mayo 2017]; 120(14):535-41. Disponible en: 10.1016/S0025-7753(03)73766-X

8. Eiman Grossi ML, Fajardo Rivas ML, Hoyos López A, Iváñez Gimeno PL, Larrosa Montañés LA, Martínez de Aragón MV, et al. Estudio sobre consumo de alcohol durante el embarazo. Área de salud V de la comunidad de Madrid. Boletín Epidemiológico Semanal [Internet] 1997 [citado 16 Mayo 2017]; 5(32):301-312. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=25/04/2013-e8635cc5ec>
9. Cancino F, Zegarra J. Síndrome alcohólico fetal. Revista de Neuro-Psiquiatría [Internet] 2003 [citado 16 Mayo 2017]; 66: 302-312. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Neuro_psiquria/v66_n4/Pdf/a05.pdf
10. Bolumara F, Ferrer L, Rebagliato M, Pérez-Hoyos S, Pérez Aytés A, Monleón J. Efecto del consumo moderado de alcohol durante el embarazo sobre el peso del recién nacido. Med Clin [Internet] 1994 [citado 16 Mayo 2017]; 102(20): 765-768. Disponible en: http://www.alcoholinformate.org.mx/efecto_consumo_moderado_alcohol.pdf
11. Polygenis D, Wharton S, Malmberg C, Sherman N, Kennedy D, Koren G, et al. Moderate alcohol consumption during pregnancy and the incidence of fetal malformations: A meta-analysis. Neurotoxicol Teratol. [Internet] 1998 Ene-Feb [citado 16 Mayo 2017]; 20(1):61-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9511170>
12. Montoya Salas K. Síndrome alcohólico fetal. Med. leg. Costa Rica [Internet] 2011 Sept [citado 16 Mayo 2017]; 28(2):51-55. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152011000200006&lng=en.
13. Kesmodel U, Wisborg K, Olsen SF, Henriksen TB, Secher NJ. Moderate alcohol intake during pregnancy and the risk of stillbirth and death in the first year of life. Am J Epidemiol. [Internet] 2002 Feb [citado 16 Mayo 2017]; 155(4):305-12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11836194>
14. López MB, Arán-Filippetti V. Consecuencias de la exposición prenatal al alcohol: desarrollo histórico de la investigación y evolución de las recomendaciones. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet] 2014 [citado 16 Mayo 2017]; 65(2):162-173. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v65n2/v65n2a07.pdf>
15. Aros Aránguiz S. Exposición fetal a alcohol. Rev Chil Pediatr [Internet] 2008 Nov [citado 16 Mayo 2017]; 79(Supl 1):46-50. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000700008&lng=es

16. Alonso Esteban Y. Síndrome Alcohólico Fetal y Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal: Nivel de conocimientos y actitudes de los profesionales socio-sanitarios. Trabajo fin de máster. Universidad de Valencia [Internet] 2011 [citado 16 Mayo 2017]. Disponible en: http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/21824/TRABAJO_INVESTIGACION.pdf?sequence=1
17. OMS | Síndrome alcohólico fetal: esperanzas frustradas, vidas dañadas. Boletín de la Organización Mundial de la Salud [Internet] 2011 [citado 16 Mayo 2017]; 89:398–399. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/6/11-020611/es/>
18. Eulogio Mellado J, Pastor Rodríguez JD, Del Cerro Ortuño F, De Ardanaz Jorroto S, López Ibáñez M. Manejo y control del síndrome de abstinencia neonatal. *Enferm. glob.* [Internet] 2008 Feb [citado 16 Mayo 2017]; 7(12). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/971/971>
19. Nelson MM. Neonatal Abstinence Syndrome: The Nurse's Role. *International Journal of Childbirth Education*. CINAHL [Base de datos de internet] 2013 Ene [citado 16 Mayo 2017]; 28(1): 38-42. Disponible en: [http://web.a.ebscohost.com.accedys2.btbk.ull.es/ehost/detail/detail?vid=3&sid=824be35b-dd22-4776-a1a3-575a55dae2c5%40sessionmgr4009&hid=4204&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2I0ZT1laG9zdC1saXZl#db=ccm&AN=104413242](http://web.a.ebscohost.com/accedys2.btbk.ull.es/ehost/detail/detail?vid=3&sid=824be35b-dd22-4776-a1a3-575a55dae2c5%40sessionmgr4009&hid=4204&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2I0ZT1laG9zdC1saXZl#db=ccm&AN=104413242)
20. Barrero Virguetti MH, Escalera Solís C. Síndrome de abstinencia neonatal. *Rev. méd. (Cochabamba)* [Internet] 2008 Julio [citado 16 Mayo 2017]; 19(29):54-60. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2074-46092008002900010&lng=en.
21. Lall A. Neonatal abstinence syndrome. *British Journal Of Midwifery*. Academic Search Complete [Base de datos de Internet] 2008 Abril [citado 16 Mayo 2017]; 16(4): 220-223. Disponible en: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=be31cb7d-6baa-452a-be6f-5abebee9bcbf%40sessionmgr104&vid=0&hid=121&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2I0ZT1lZHMtY2ZQ%3d%3d#AN=31934762&db=a9h>
22. Sierra AM, Lopez-Vilchez MA, Panadès AP. Abuso de tóxicos y gestación. *AEP* [Internet] 2008 Barcelona [Citado 16 Mayo 2017]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17_1.pdf

9. ANEXOS

9.1 Anexo 1

Anexo 1. Escala de puntuación del grado de abstinencia neonatal a opiáceos (Modificada de Finneqan)

<i>A. Alteraciones del sistema nervioso central</i>	
1. Llanto agudo	2
Llanto agudo continuo	3
2. Duerme < 1 hora después de comer	3
Duerme < 2 horas después de comer	2
Duerme < 3 horas después de comer	1
3. Reflejo de Moro hiperactivo	2
Reflejo de Moro marcadamente hiperactivo	3
4. Temblor ligero al ser molestado	1
Temblor moderado o grave al ser molestado	2
5. Temblor ligero espontáneamente	3
Temblor moderado o grave espontáneamente	4
6. Hipertonía muscular	2
7. Excoriaciones	1
8. Mioclonías	3
9. Convulsiones generalizadas	5
<i>B. Alteraciones vegetativas</i>	
1. Sudoración	1
2. Fiebre 37,2-38,8 °C	1
Fiebre ≥ 38,4 °C	2
3. Bostezos frecuentes	1
4. Erupciones cutáneas fugaces	1
5. Obstrucción nasal	1
6. Estornudos frecuentes	1
7. Aleteo nasal	2
8. Frecuencia respiratoria > 60/min	1
Frecuencia respiratoria > 60/min y tiraje	2
<i>C. Alteraciones gastrointestinales</i>	
1. Succión con avidez	1
2. Rechazo del alimento	2
3. Regurgitaciones	2
Vómitos a chorro	3
4. Deposiciones blandas	2
Deposiciones líquidas	3
Puntuación total	
Si puntuación > 8 → Iniciar tratamiento	

Fuente: Asociación Española de Pediatría



“NO HAY MANERA DE SER UNA MADRE PERFECTA, HAY UN MILLÓN DE MANERAS DE SER UNA BUENA MADRE”

-Jill Churchill-



CUIDARSE A DIARIO ES ESENCIAL

Evita el consumo de alcohol o drogas, ya que no sólo son perjudiciales para tu salud, sino también para la del bebé

Bebe abundante agua para mantenerte hidratada todo el día

Estar embarazada no significa comer por dos. Es importante el control de la alimentación desde el primer mes

Hacer ejercicio es imprescindible para un embarazo sano, y prepararse para el momento del parto

PROTEGER A TU BEBÉ
ESTÁ EN TUS MANOS

9.3 Anexo 3

ENCUESTA DE VALORACIÓN

Edad:
Semana Gestacional:

En cada una de las preguntas siguientes, rodee con un círculo el número que mejor se adecúe a su opinión sobre la importancia del asunto en cuestión. La escala que aparece encima de los números refleja las diferentes opiniones.

Pregunta	Escala de importancia				
	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
¿En qué medida estás satisfecha con esta intervención?	1	2	3	4	5
¿Crees que la información presentada te será de utilidad?	1	2	3	4	5
¿Has obtenido información que no conocías?	1	2	3	4	5
¿En qué medida el lugar dónde se ha realizado la intervención reúne las condiciones necesarias?	1	2	3	4	5
¿En qué medida recomendarías este tipo de intervenciones a otras gestantes?	1	2	3	4	5

Me gustaría tener más información sobre:

¿Cambiarías algo de esta experiencia? ¿El qué?
