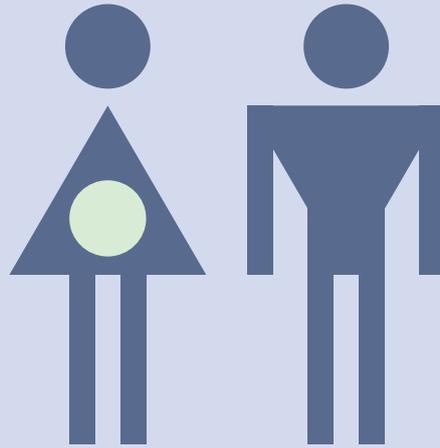


# GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS EN ATENCIÓN A MADRES JÓVENES EN PEDIATRÍA



## INDICE

<b>Introducción</b> .....	3	<b>Propuesta de buenas prácticas en atención a madres jóvenes en pediatría</b> ...9	
Situación actual.....	3	Principios inspiradores de buenas prácticas.....	11
Factores que influyen en el embarazo adolescente.....	4	Elementos clave.....	12
Consecuencias del embarazo.....	5	<b>Bibliografía</b> .....	20
Consecuencias en el bebé.....	6	Indicadores de riesgo social en la gestante y el recién nacido.....	21
Componente de género.....	6	Factores protectores.....	22
La adolescencia y la maternidad en pediatría.....	7		

EDITA



Sociedad Española de Pediatría Social (SEPS)  
CIF: G84359181  
Teléfono: 620 176 319  
<http://www.pediatriasocial.es/>  
email: [info@pediatriasocial.es](mailto:info@pediatriasocial.es)  
Avenida de Burgos, 39, planta 1º, izquierda  
28036 Madrid

COLABORA



Asociación Pro-Infancia Riojana (APiR)  
CIF: G26024067  
Teléfono: 941 230 725  
<https://www.apir.es/>  
email: [apir@apir.es](mailto:apir@apir.es)  
Travesía de Palacio, 1 bajo  
26001 Logroño

PATROCINA



Redacción y coordinación: Asociación Pro-Infancia de La Rioja.  
Diseño gráfico: [mastres.com](http://mastres.com)  
Fotografías: Unsplash  
Depósito legal: SE 2572-2022

# Introducción

El embarazo en la adolescencia supone una crisis en el desarrollo habitual de la adolescente

## SITUACIÓN ACTUAL

Según el Instituto Nacional de Estadística, el número de nacimientos de madres menores de edad durante 2020 fue de 3635. Si se incluyen las madres de 18 años que, casi con toda probabilidad, quedaron embarazadas siendo menores, la cifra alcanza los 6395.

NACIMIENTOS POR EDAD DE LA MADRE	DATOS 2020-INE
15 años o menos	382
16 años	567
17 años	992
18 años	1694
19 años	2760

Al dato anterior habría que sumarle la evolución en la tasa por 1000 de mujeres en Interrupción voluntaria del embarazo, que en 2017 supuso 8,84.

AÑO	EDAD: ≤19
2020	7,41
2019	9,19
2018	8,86
2017	8,84

Estas cifras nos hablan del embarazo adolescente como una realidad innegable. El embarazo en la adolescencia supone una crisis en el desarrollo habitual de la adolescente. Al hecho de enfrentar la maternidad se une, en ocasiones, a la ruptura de su pareja, una alteración de sus relaciones familiares y de lo que pudiera ser su proyecto de vida. Tal cúmulo de circunstancias puede ocasionar desregulación emocional o la aparición de síndromes psicopatológicos; incluso algunas jóvenes manifiestan haber sentido rechazo hacia su hijo o hija, aunque hayan decidido tener el bebé. Asumir la maternidad-paternidad implica altos niveles de responsabilidad, madurez y estabilidad emocional, características que, en la adolescencia aún se están desarrollando. La actitud del padre va a ser determinante en este proceso. La



ausencia de implicación y el abandono suponen una crisis más que abordar en un momento ya de por sí complicado.

Se observa también variabilidad en cuanto a las circunstancias en las que se produce el embarazo en estas edades tan tempranas. Por un lado, el más habitual, el embarazo no es deseado y obedece a un “accidente” o a una negligencia. Por otra parte, existe un pequeño porcentaje, variable según grupos étnicos o culturales, que son queridos, deseados o, cuanto menos aceptados por lo que pueden suponer de cambio en el estatus afectivo (alguien a quien querer y que te quiera) o social (independencia social y económica de la familia paterna, cumplimiento de expectativas sociales, ajuste al rol de género del grupo...). Las consecuencias en estas situaciones no suelen ser tan negativas como las de los no deseados, aunque bastantes son comunes (Colomer Revuelta, 2013). De hecho, las manifestaciones emocionales negativas se presentan también en gestantes que han decidido y programado su embarazo.

En cualquier caso, el embarazo en estas circunstancias puede y suele situar a la adolescente y a su hijo o hija en una posición vulnerable. En todo esto hay un trasfondo de género que, en muchas ocasiones, ejerce cierta coerción sobre la mujer joven gestante o madre que deja ver ciertas desigualdades implantadas en los esquemas más sólidos de nuestras sociedades. Por lo tanto, los apoyos institucionales deben jugar un papel relevante en pro de la igualdad de oportunidades y la garantía de los derechos.

## **FACTORES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE**

A lo largo de los últimos años se ha estudiado profusamente el embarazo adolescente, tanto en países en los que los embarazos tempranos alcanzaban tasas preocupantes como en aquellos en los que, con cifras cuantitativamente poco significativas, existe interés en conocer las variables asociadas a esta realidad.

Respecto a la gestante, en lugar de describir el perfil de la adolescente, se hará hincapié en las circunstancias que configuran una situación de riesgo para el embarazo precoz; es decir, las características de la adolescente tienen lugar en un contexto familiar y social que, siendo de riesgo o aportando protección, determinan la probabilidad de un embarazo temprano no planificado.

- Combinación de una madurez temprana con dificultades de adaptación (Woodward y col., 2001).
- Inestabilidad familiar y modelos de maternidad precoz (Wall-Wieler y col., 2018).
- Pertenencia a subpoblaciones desfavorecidas socioeconómicamente (Perry y col., 1996).
- Problemas de conducta externalizantes (Lehti y col., 2012).
- Tener hermanas u otros familiares significativos que también han sido madres adolescentes (Meade y col. 2008).

- Edad precoz en el inicio de las relaciones sexuales. Dicha conducta precoz se asocia con determinados comportamientos calificados de riesgo, como el tener la primera relación sexual sin “protección”, el mal uso del preservativo o tener múltiples parejas concurrentes o a lo largo de la vida (Kaestle, Halpern, Miller & Ford, 2005; Louie y col, 2009). Estos comportamientos pueden llevar, de manera concomitante, a una mayor tasa de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y de embarazos en la adolescencia.

En los últimos años se viene observando nuevas pautas de comportamiento en la conducta adolescente y en la infancia asociadas al mal uso de internet, con proliferación de páginas web de pornografía al alcance de personas menores de edad que desvirtúan la forma de entender una relación sexual sana y enriquecedora (normalización del sexo a edades precoces, relaciones sin protección...) y supone un nuevo riesgo. Los jóvenes reconocen que, pese a la información disponible, sus conocimientos en educación sexual provienen de sus iguales y de internet. Los mitos y las falsas creencias siguen teniendo un espacio importante entre nuestros adolescentes.

## CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO

Muchas investigaciones se han centrado en las consecuencias físicas que para un cuerpo aún en desarrollo tiene la gestación durante la adolescencia, describiendo una constelación de síntomas de cierta relevancia y, en muchos casos, de gravedad (Ganchimeg y col., 2014). Sin embargo, un examen más exhaustivo de las circunstancias en las que se desarrollan estos embarazos revela que la edad no está tan asociada a estos problemas físicos, sino la adversidad, las circunstancias sociales, económicas, familiares y culturales (Kirchengast, 2016). Es decir, un embarazo adolescente puede conllevar riesgos físicos para la gestante dependiendo de dónde haya nacido o dónde viva.

De forma paralela, la salud mental o, mejor dicho, el bienestar emocional de la joven embarazada también ha recibido atención. Desde este campo, los resultados de las investigaciones han generado un sólido cuerpo argumentativo que no solo justifica, sino que reclama la implementación de intervenciones preventivas y reparadoras cuando sea necesario. Y en ambos casos, deben atender a dos momentos clave, previniendo el embarazo prematuro y, posteriormente, ateniendo a las gestantes y madres precoces.

La adolescente embarazada afronta situaciones muy críticas, la confirmación del embarazo, la noticia a su pareja, a su familia, la reacción de su entorno, la decisión de proseguir con el embarazo o la interrupción del mismo, la modificación en sus hábitos de vida (compatibilidad con sus estudios, actividades extraescolares, ocio...). Son circunstancias que añaden complejidad al proceso, aunque se cuente con apoyo del entorno, aunque no siempre es lo habitual.

La respuesta de la familia es trascendente para el bienestar de la joven y de su futuro hijo o hija, puesto que va a necesitar de soporte emocional, social y econó-

mico. El rango de reacciones puede oscilar desde el rechazo y la culpabilización a la aceptación y el apoyo. Un punto más sutil es la negación de la joven como madre suplantando, habitualmente por parte de la abuela, su papel como cuidadora principal del bebé y relegando a la joven a un segundo plano. Este extremo puede ser detectado desde las consultas de pediatría puesto que es la abuela quien realiza en las revisiones médicas las dudas y consultas a la profesional.

En el aspecto sentimental, la relación con el padre suele romperse, no alcanzando el 5% de hombres que asumen su paternidad. Por edad, esta ruptura constituye la separación de los primeros amores de juventud, que cualquier adolescente vive con intensidad. La sensación de soledad, incertidumbre, fracaso y miedo consigue inundar a estas jóvenes y esta amalgama de sensaciones negativas pueden provocar el rechazo hacia su hijo o hija, algo que muchas madres han reconocido sentir.

A nivel social, la aceptación del centro escolar, la adaptación curricular o el círculo de amistades es otro pilar fundamental. En la adolescencia, el grupo de iguales tiene especial relevancia, sentirse acogida, apoyada y acompañada puede proporcionar un espacio de tranquilidad o por el contrario, el rechazo más o menos velado contribuirán a aumentar la sensación de vulnerabilidad de la madre.

## CONSECUENCIAS EN EL BEBÉ

Una parte de las consecuencias para el bebé están condicionadas por la ausencia de cuidados prenatales, en especial en el primer trimestre, cuando la madre debe asumir su embarazo y comunicarlo en la familia. La afectación psicológica en el niño o niña correlaciona con los factores ambientales de sus progenitores. La falta de preparación para asumir la maternidad, la carencia de estrategias de afrontamiento o la falta de apoyo familiar o social de la madre influyen en que el embarazo y primer periodo de crianza resulten estresantes y son factores condicionantes en el apego que se desarrolla con el bebé. En ocasiones, el retraso a comunicar el nuevo estado retrasa también la atención recibida desde los servicios de salud.

El estudio de Escobar (2009), que investiga los patrones de apego de madres adolescentes con sus figuras primarias nos habla en un alto porcentaje de madres con apego inseguro. Por otra parte, García, Gutiérrez y Martínez (2016) encontraron que un 50% de las madres adolescentes desarrollan un apego ambivalente con su hija o hijo, existiendo una relación entre la edad y el establecimiento del tipo de apego; a menor edad más tendencia a apego ambivalente.

## COMPONENTE DE GÉNERO

El componente de género tiene presencia en la cuestión del embarazo precoz y su posterior maternidad, ya que es difícil sustraerse o ignorar su transversalidad; es decir, al igual que deja ver su influencia en otros ámbitos como el laboral, educativo, etc., también aquí condiciona su comprensión y su abordaje. Hemos hablado ya de las consecuencias para la joven madre o gestante, pero, desde una perspectiva de género, puede verse cierta desigualdad tanto en la generación de la “situación” (sin

ser necesariamente una causa directa) como en las consecuencias o el significado que dicha situación conlleva para la joven.

Todavía no conocemos a ninguna adolescente que se haya quedado embarazada sin la colaboración de un chico. Sin embargo, las miradas no suelen dirigirse a la joven pareja, futuros progenitores, sino a la mujer casi exclusivamente. Ante un embarazo no deseado previamente y en una edad muy temprana, la responsabilidad cae casi exclusivamente en la mujer, al igual que el estigma al que suele ser sometida.

Sabemos que algunos embarazos en edades muy tempranas forman parte del aspecto social de la maduración en ciertos contextos culturales. La misma construcción social del hecho (que sea algo normativo es ese grupo), aunque evite algunas de las consecuencias negativas, supone una desigualdad de género, al disponer del cuerpo de la joven para mantener una costumbre o un signo de identidad social.

## **LA ADOLESCENCIA Y LA MATERNIDAD EN PEDIATRÍA**

Si entendemos la Pediatría como la medicina integral del período evolutivo desde la concepción hasta el fin de la adolescencia, podemos ver su alcance desde una perspectiva tanto vertical como horizontal, lo que da idea de su carácter comprensivo de la salud humana. Desde un punto de vista vertical se ocupa de la salud total y completa de un período evolutivo concreto. Desde una perspectiva horizontal o transversal, concentra una serie de conocimientos que permite y que son necesarios para una adecuada atención sanitaria a un sujeto en plena evolución e inmerso en un contexto familiar y social que influye en dicha evolución, aspectos epigenéticos que también han de ser tenidos en cuenta en la tarea pediátrica.

Por otra parte, el sujeto de atención en Pediatría posee una característica que condiciona o aporta una serie de obligaciones y requerimientos. Nos referimos a la existencia, por definición, de personas menores de edad, lo que conlleva una responsabilidad cualificada de los y las profesionales en cuanto a su protección, algo extensible a la madre cuando esta también es menor de edad.

Vemos, por lo tanto, que la pediatría supone un contexto privilegiado tanto para la promoción de la salud, el bienestar y el buen trato, como para la detección e interrupción de procesos o situaciones de riesgo y vulnerabilidad para los niños y las niñas. Las consecuencias de esta responsabilidad trascienden lo individual, puesto que las personas atendidas se desarrollan en sociedad, interactúan con otras personas y formarán parte de la vida de alguna de ellas, por lo que proporcionarles una infancia segura redundará en su aportación como ciudadanos.



# Propuesta de buenas prácticas en atención a madres jóvenes en pediatría

El objetivo de esta guía reforzar y profundizar en las competencias y los conocimientos de los profesionales sanitarios de pediatría en la atención de madres adolescentes

Este documento pretende definir y establecer una serie de situaciones y actuaciones que se dan en el contexto de una intervención sociosanitaria, y que van más allá de la prestación de un servicio, para atender también otros aspectos intrínsecos a la relación médico-paciente.

Está diseñada para incorporar la perspectiva psicosocial en una situación considerada por la OMS como problema de salud pública (Flores, Navas y Arenas 2017). Es innegable la interacción existente entre la salud y el contexto social y familiar y esto ha de tenerse en cuenta en una aproximación integral a la atención de la maternidad y paternidad adolescente.

Este tipo de aproximaciones permite acciones más proactivas, de prevención y de desarrollo de competencias. Detecta con mayor facilidad factores de riesgo, al igual que permite el refuerzo de competencias, lo que devuelve la importancia al paciente como agente activo en su propio proceso.

Una de las consideraciones más importantes es el enfoque ecológico en el que todos los profesionales deben formar parte del engranaje de atención. No tiene sentido compartimentar esta guía a la atención pediátrica y circunscribirla al sistema sanitario. Hablamos de menores cuidados y atendidos en muchas ocasiones por otros menores. Lógicamente, a su alrededor habrá profesionales de la salud, de los servicios sociales y o de educación. Por lo tanto, trabajar en red será un objetivo para optimizar los recursos, pero, y sobre todo, para garantizar el bienestar de la nueva familia que comienza.

Esta guía se ha desarrollado por la Sociedad Española de Pediatría Social y la Asociación Pro-Infancia Riojana, entidad social de la Comunidad Autónoma de La Rioja con más de 40 años de atención a menores en situación de vulnerabilidad y durante los últimos años desarrolla un programa de atención integral a madres jóvenes y jóvenes gestantes.

Sus profesionales, pediatras, trabajadoras sociales, psicólogos y educadores sociales han participado de la elaboración de este material. Ha sido un esfuerzo para integrar visiones diferentes de la atención pero que juntas adquieren mayor potencial transformador.



Foto de Camilla Cordeiro

Los profesionales que implementen esta guía podrán:

- Evaluar sus prácticas en función de las recomendaciones de esta guía a través de una herramienta de check-list.
- Identificar, a través de las recomendaciones, las carencias o debilidades del sistema e incluirlas en una propuesta de mejoras o plan de formación.

El objetivo de esta guía reforzar y profundizar en las competencias y los conocimientos de los profesionales sanitarios de pediatría en la atención de madres adolescentes.

## PRINCIPIOS INSPIRADORES DE BUENAS PRÁCTICAS

Visión integral de la persona donde la salud se concibe de forma simultánea con los factores ambientales y personales.

Acción preventiva. La acción está destinada al mantenimiento de la salud y el bienestar de los pacientes.

Impulso a la participación del adolescente en el cuidado personal y de su bebé, entendiendo que ella es la protagonista de su proceso vital. Esto se extiende a su responsabilidad y capacidad de decisión. Para ello, ante situaciones problemáticas o carenciales, el objetivo no es suplir sino capacitar.

Visión multidisciplinar de la atención. Los diferentes contextos y las diversas situaciones en las que convive y que enfrenta la paciente, y que tienen repercusiones en su salud y bienestar y el de su hijo o hija, requieren de la visión y las aportaciones de profesionales de distintos ámbitos.

Capacitación profesional. Las personas implicadas en la atención a madres adolescentes, así como el recurso, deberían seguir un proceso de mejora continua, lo que lleva a una formación constante, en línea con una visión dinámica de la cualificación, y a una revisión constante de los procesos y los resultados del servicio.

Atención a la singularidad, cada caso es diferente. Partiendo de las dificultades y de las fortalezas de cada paciente se lleva a cabo la intervención más ajustada no solo a sus necesidades, sino a sus capacidades.

Visión integral de la persona donde la salud se concibe de forma simultánea con los factores ambientales y personales

Foto de Pelayo Arbués



---

La naturaleza multifacética y, a menudo combinada de los factores que afectan a la salud de la madre y el bebé implica que el o la profesional no se ciña exclusivamente a indicadores médicos y aborde

### ELEMENTOS CLAVE

**a) Atender y cubrir las necesidades del bebé o del niño o niña entendiéndolos como parte de un contexto familiar.**

La naturaleza multifacética y, a menudo combinada de los factores que afectan a la salud de la madre y el bebé implica que el o la profesional no se ciña exclusivamente a indicadores médicos y aborde, por ejemplo, las relaciones que mantienen madre e hijo o hija o el estilo de apego que rige esa relación. Son variables que condicionan el desarrollo y deben explorarse, más si cabe en circunstancias de vulnerabilidad como la maternidad adolescente.

- Se recomienda una coordinación específica con atención primaria y matrona. Los condicionantes del embarazo adolescente pueden provocar un control prenatal tardío o insuficiente (Aragón Núñez, 2015).
- Se aconseja conocer el estado físico y emocional de la madre, las atenciones que se estén desarrollando, si las hubiera, y los profesionales a los que acude.
- Se recomienda interesarse por el tiempo que pasa con el bebé, si hay lactancia materna o quién le da el biberón, dónde duerme y cómo compagina estudios/trabajo y maternidad.





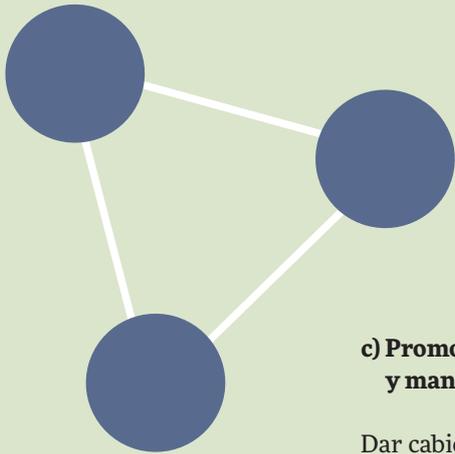
## **b) Atender y cubrir las necesidades de la madre adolescente entendiendo el entorno humano, familiar y social de la madre.**

Los múltiples factores que condicionan un embarazo y crianza adolescente obligan a centrar la atención en las necesidades planteadas a muchos niveles, psicológico, social, económico, educativo, sanitario..., ya que condicionan el estado emocional de la madre y esto tiene repercusión directa en el bebé.

- Se aconseja una atención cálida con ausencia de juicio. Es necesario generar una vinculación con la joven que permita hablar de las preocupaciones en relación a su hijo y a su papel como madre. Los acompañantes pueden esperar fuera un momento para generar un clima de mayor confianza.
- Se recomienda llevar a cabo una valoración psicológica de la madre y, en su caso, del padre, con el fin de detectar y atender posibles dificultades. Es importante evitar en lo posible etiquetas estigmatizadoras y poco útiles, llevando a cabo una formulación de la situación enfocada a la intervención más adecuada.
- Es importante explorar la existencia de consumos de tóxicos u otras prácticas de riesgo para la salud, así como fomentar un estilo de vida saludable.
- Se recomienda expresarse en términos entendibles para la madre. Es probable que haya consultado en internet aspectos que le preocupan, por lo tanto, tenga expectativas o ideas equivocadas o no muy rigurosas. Ante esto, hay que entender su situación y no juzgar, sino ofrecer información veraz y explicar la necesidad de acudir a su médico cuando tenga dudas sobre algo.
- Se recomienda abordar el tema del padre y el papel que tiene en la vida del niño o la niña.
- Se recomienda valorar el apoyo de la familia materna y sus límites. No es infrecuente que tarde en encontrar un equilibrio que pueda, en ciertos momentos, sobrecargar o anular a la adolescente en su rol maternal.

---

Los múltiples factores que condicionan un embarazo y crianza adolescente obligan a centrar la atención en las necesidades planteadas a muchos niveles, psicológico, social, económico, educativo, sanitario...



**c) Promover un trabajo interdisciplinar a través de una coordinación eficiente y manejar un lenguaje común que posibilite una comunicación eficaz.**

Dar cabida en nuestro trabajo a otros profesionales, convirtiendo la red existente en un trabajo en red. No se trata de saberlo todo, más bien de complementar nuestro conocimiento con el de compañeros y compañeras de otras disciplinas y ámbitos.

En palabras de Ramos (2015), “trascender la coordinación y convertirla en espacios de diálogo en los que la paciente se sitúa en el centro de la atención y el respeto entre profesionales preside las conversaciones que se producen en la red.”

Por otra parte, la buena práctica se da desde el momento en el que la labor pediátrica se ve como un eslabón o, más bien, como parte de un engranaje del sistema psico sanitario que atiende la familia. De esta manera, es importante conocer las otras partes del sistema (profesionales de la salud, la educación, la atención social..., familiares y otros significativos). Esto tiene en cuenta la visión de una familia en vez de una paciente y recupera una atención que va más allá de lo meramente biológico.

Esto también requiere conocer la labor de cada profesional, entender su tarea y lo que necesita para llevarla a cabo; cómo, parte de mi práctica, puede favorecer la de los demás. Este trabajo puede llegar a culminar en un lenguaje común compartido por la red, no un lenguaje literal, sino las claves y los focos de atención, conformando una epistemología específica y común en referencia a la atención a las madres adolescentes y sus bebés.

- Se recomienda abordar la atención de forma conjunta con el o la trabajadora social del centro para comprender y trabajar con el entorno social de la adolescente.
- Se recomienda la derivación a un programa de atención específica para madres jóvenes o adolescentes que mantenga una coordinación estrecha con pediatría.
- Se recomienda que la participación de las madres y los padres en estos programas sea voluntaria, lo que implica que la explicación debe ser atractiva e interesante para los jóvenes. Se contempla que puedan hacerlo los profesionales del proyecto a invitación en consulta.
- En caso de inexistencia de este recurso se aconseja la derivación a servicios de planificación familiar como prevención de un segundo embarazo no deseado. Según GómezPascual y Fernández (2019), “las adolescentes están en una situación de riesgo aumentado de volver a quedarse embarazadas, aproximadamente a los dos años del nacimiento del primero. Aproximadamente el 25% de los nacimientos de adolescentes no son sus primeros nacimientos, existiendo un intervalo intergenésico corto”.
- Se recomienda que existan cauces establecido de coordinación con espacios y tiempos determinados.
- Se recomienda un plan de formación anual que incorpore a todos los profesionales que puedan conformar la red de atención.

**d) Fomentar la autorreflexión en la práctica profesional para trabajar en una mejora continua.**



Profesionales, madres, hijos e hijas e incluso otras personas significativas forman parte de un sistema. Esto quiere decir que construimos la realidad que estudiamos y no somos meros observadores (Mahoney, 2005). Cuando hablamos de una intervención en este ámbito, las conclusiones sobre lo que observamos tiene parte de nosotros. Esto nos obliga, primero, a ser conscientes de esta circunstancia y, segundo, reflexionar sobre mi posicionamiento y sobre la historia que estoy construyendo sobre la realidad de esta familia.

- Se recomienda que exista una evaluación medible y contrastable sobre la intervención realizada con la o los adolescentes que permita la valoración de las actuaciones y del trato recibido.
- Se contempla que la evaluación conlleve la valoración de los profesionales sobre los objetivos e indicadores planteados y la evaluación de los usuarios sobre la satisfacción del servicio recibido.
- Se considera necesaria la formación específica de los y las profesionales. La concepción de la medicina como una ciencia que abarca la atención íntegra de la persona obliga a los responsables de la atención a abrir el campo formativo a otros conceptos que les oriente en su quehacer diario (psicología, protección de menores, normativa y protocolos, etc.).
- Se aconseja que cualquier procedimiento o servicio que se plantee se acoja a estándares de calidad.

---

Profesionales,  
madres, hijos e  
hijas e incluso  
otras personas  
significativas  
forman parte de  
un sistema



#### **e) Fomentar el ejercicio de la maternidad y la paternidad responsable.**

Ya sea planificado o inesperado, el ejercicio de una parentalidad adecuada requiere de conocimiento, aceptación y responsabilidad, ya que no solo se requiere el sostenimiento físico del hijo o la hija, sino atender aspectos como la calidez emocional, la estimulación, el alojamiento que se le da en la vida mental de sus padres, la socialización, la supervisión, etc., y todo esto a través de prácticas de crianza socioemocionales (Bornstein y Putnick, 2012).

- Se recomienda fomentar la asistencia del padre a las consultas, cuando forme parte de la unidad familiar.
- Se aconseja el refuerzo positivo ante tareas que las madres estén realizando con eficacia. “Muchas de estas madres jóvenes sienten que las tareas maternas son muy complicadas; se representan a sí mismas desconfiando de sus propias capacidades para cuidar al bebé y ven a sus propias madres y/o madres políticas como las más capacitadas en lo que al cuidado y vínculo con el bebé se refiere, generando sentimientos de minusvalía en torno a su rol materno” (Nóbrega y Traverso, 2006).
- Se considera importante realizar un seguimiento especial en pro de la lactancia materna. Los estudios revelan que por debajo de los 20 años se abandona en una proporción alta antes de los 4 meses. (Aragón, Cubillas y Torres, 2015). En la maternidad adolescente ayuda a la madre a establecer un contacto cercano, rutinario, tranquilo y nutricional emocionalmente hablando.

## f) Prevenir y detectar situaciones de maltrato infantil.

Es innegable la posición privilegiada que se tiene desde la pediatría para participar de la protección y el apoyo en el desarrollo integral de la persona y en la protección y promoción de sus derechos. Y no solo por su presencia en un contexto que permite la observación y la detección de situaciones de vulnerabilidad, sino por el lugar tan respetado que los y las pediatras ocupan en el imaginario colectivo.

- Se recomienda valorar la posible existencia de indicadores de riesgo o maltrato. Para esto es necesario que el personal de pediatría conozca estos indicadores y esté formado en la detección o valoración de su existencia.
- Es necesario conocer los protocolos de maltrato vigentes.
- Se recomienda fomentar la participación de la madre y, en su caso, de padre en un programa de atención a madres jóvenes.

Existen guías que permiten detectar estas situaciones. Como ejemplo, añadimos un anexo con indicadores de riesgo y de protección recogidos en la guía Recién nacido con riesgo social, de la Unidad Neonatal del Hospital Universitario de Getafe.

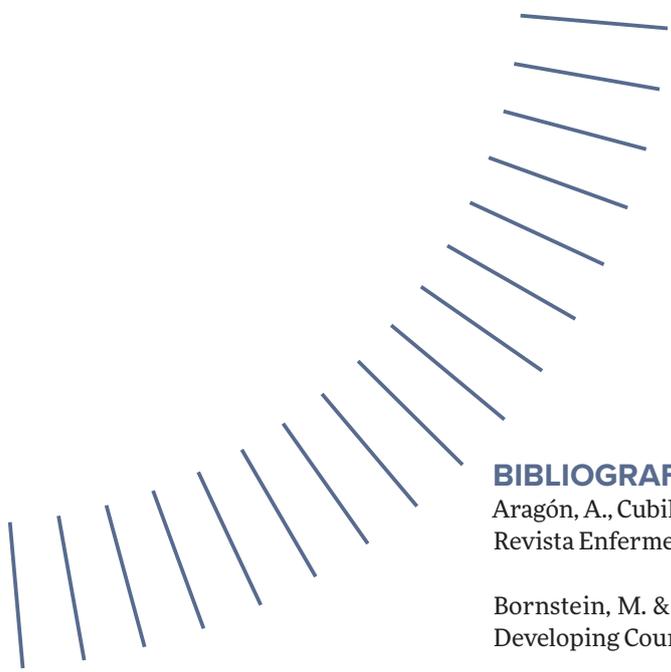
A partir de los principios, objetivos y elementos que deben darse para considerar nuestra actuación como una buena práctica, pueden establecerse una serie de indicadores que evalúan su cumplimiento. Dichos indicadores pueden aplicarse a nivel individual o al propio servicio. Algunos de ellos pueden incluso aplicarse a la actuación con un caso concreto. Es conveniente y aconsejable que esta labor de autoevaluación se lleve a cabo de manera regular y que cada respuesta esté fundamentada, es decir, basada de hechos fehacientes.

Por otra parte, la lista de indicadores puede ampliarse para recoger situaciones específicas del servicio u otros que se considere aplicables con el fin de mejorar las buenas prácticas en la atención a madres jóvenes.



BUENAS PRÁCTICAS	INDICADORES		NO SE APLICA
Atender y cubrir las necesidades del bebé o del niño o niña entendiéndolos como parte de un contexto familiar.	Tengo una idea del patrón de apego de la madre y del hijo o hija.		
	Me he coordinado con atención primaria y matrona.		
	Conozco la forma y características de la lactancia y alimentación.		
	Conozco cómo es el sueño del niño, niñas o bebé.		
	Conozco si existen problemas conductuales o dificultades en la crianza.		
	Informo a la madre de las necesidades físicas y emocionales de su hijo o hija.		
Atender y cubrir las necesidades de la madre adolescente entendiendo el entorno humano, familiar y social de la madre.	Conozco la composición de la unidad familiar.		
	Sé si existen o no apoyos familiares o si la relación es positiva.		
	Sé qué papel desempeña la familia extensa.		
	Conozco si tiene dificultades socioeconómicas o no.		
	Tengo conocimiento de si trabaja, estudia, qué quiere hacer, cómo lo concilia...		
	Hemos conversado sobre sus expectativas como madre.		
	Conozco si tiene pareja y si su relación es enriquecedora o tóxica.		
	La madre ha tenido oportunidad de hablar conmigo a solas.		
	He informado a la madre de la confidencialidad de nuestras conversaciones.		
	Conozco si se ha llevado a cabo una valoración psicológica de la madre o la he solicitado.		
	He explorado la existencia o no de consumo de tóxicos.		
	He facilitado información sobre la necesidad y las pautas de vida saludable.		
Promover un trabajo interdisciplinar a través de una coordinación eficiente y manejar un lenguaje común que posibilite una comunicación eficaz.	Me he coordinado con otros profesionales.		
	He valorado la necesidad o no de derivar a algún recurso o programa especializado.		
	Conozco la cartera de recursos y programas disponibles para los diferentes ámbitos de la vida de la usuaria.		
	Existencia de cauces o protocolos de coordinación		
Fomentar la autorreflexión en la práctica profesional para trabajar en una mejora continua.	Existe de un plan de formación.		
	Se ofrecen cuestionarios de satisfacción a las usuarias.		
	En el último año he participado en alguna acción formativa relacionada no estrictamente de salud.		
	Otros profesionales con los que me coordino pueden valorar mi servicio.		
	Se aplican estándares de calidad definidos.		
Se redacta un informe anual con las atenciones realizadas con madres adolescentes.			
Fomentar el ejercicio de la maternidad y la paternidad responsable.	Sé si el padre está presente, qué papel tiene en la crianza y qué visión tiene de la paternidad.		
	Actúo para fomentar la regularidad en las visitas.		
	Número de veces que acude a urgencias.		
	Se han validado actuaciones de la madre.		
	Se ha contemplado la derivación a servicios de planificación familiar.		
Prevenir y detectar situaciones de maltrato infantil.	Tengo formación en detección y notificaciones de situaciones de negligencia y maltrato infantil.		
	Conozco los protocolos de maltrato y violencia de género vigentes en mi servicio o en mi comunidad.		
	Tengo establecido e integrado en mi práctica un sistema de valoración de desprotección o maltrato.		
	Conozco a las personas encargadas de gestionar estas situaciones.		





## BIBLIOGRAFÍA

Aragón, A., Cubillas, I. y Torres, A. (2015). Maternidad en la adolescencia y lactancia. *Revista Enfermería Docente*, julio-diciembre (104): 49-54.

Bornstein, M. & Putnick, D. (2012). Cognitive and Socioemotional Caregiving in Developing Countries. *Child Development*, 83(1), 46-61.

Casado, J., Díaz, J. A., Esteban, J., García, E. Ruiz, M. A. (1999). Detección de Riesgo Psicosocial en la Embarazada y prevención del Maltrato Infantil en la Comunidad de Madrid. *Consejería de Políticas Sociales y Familia - D. G. de la Familia y el Menor*.

Domenech, L. (1997). Un estudio predictivo del riesgo de maltrato infantil en madres adolescentes. Tesis doctoral Universidad del País Vasco.

Flores, M., Nava, G. y Arenas, L. (2017). Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Revista de Salud Pública*, 19(3), 374-378.

Gómez-Pascual, M. y Fernández, M. B. (2019). El embarazo en la adolescente. Revisión y recomendaciones. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, (122), 45-50.

Martínez, L. y Villar, G. (2019). Recién nacido con riesgo social. *Pediatría Integral*; XXIII(3), 154-160.

Mahoney, M. (2005) *Psicoterapia Constructiva: Una guía práctica*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Ramos, R. Aljende, L. y García, C. (2015). La coordinación narrativa. Expandiendo el trabajo con la familia por la familia. *Redes: revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, (32), 105-116.

Traverso, P. (2010). Promoviendo vínculos saludables entre madres adolescentes y sus bebés: una experiencia de intervención. *Revista De Psicología*, 28(2), 259-282.

## **INDICADORES DE RIESGO SOCIAL EN LA GESTANTE Y EL RECIÉN NACIDO**

**Indicadores prenatales (ámbito de consulta: matrona, ginecólogo, médico de familia...)**

- Voluntad truncada de interrupción voluntaria de la gestación
- Planteamiento de adopción
- No control deliberado de la gestación
- Conductas de riesgo para el feto
- Gestante adolescente/progenitores inmaduros
- Depresión en relación con la gestación
- Hijo no deseado

**Indicadores en periodo postnatal inmediato (ámbito hospitalario: matrona, enfermera de obstetricia, neonatólogo...)**

- Actitud parental postparto triste, poco afectiva o de rechazo hacia el RN
- Actitud violenta entre la pareja o hacia el RN
- Decepción por el sexo del bebé
- Desatención al llanto del RN
- Desatención a la necesidad de alimentación e higiene del RN
- Expectativas no acordes a la edad del bebé
- Ausencia de nombre y desinterés por identificar al RN
- Abandono del RN sin supervisión en el dormitorio
- Desinterés hacia la información del estado de salud de su RN
- Escasez de visitas al RN ingresado
- Barrera idiomática
- Prematuridad
- Bajo peso
- Enfermedad congénita aguda o crónica

**Indicadores detectables en el seguimiento (ámbito de los Servicios de Urgencias y Atención Primaria: pediatras, enfermeras...)**

- No acude a las revisiones habituales
- Insistencia en ingresos no justificados
- Manejo inadecuado de la alimentación (calidad/cantidad)
- Fallo de medro
- Ropa inadecuada a la situación meteorológica
- Falta de higiene
- Interrupción de tratamientos sin indicación médica - Accidentes
- Retraso en la búsqueda de asistencia
- Relato discordante o incompatible con la patología presente
- Consulta en diferentes centros sanitarios sin proporcionar información clínica completa

## **FACTORES PROTECTORES (COMPENSADORES DE RIESGO)**

### **Factores asociados al cuidador directo**

- Experiencia en el cuidado de menores
- Coeficiente intelectual elevado
- Antecedentes de maltrato identificados, procesados y madurados por la víctima
- Habilidades interpersonales
- Capacidad para el control de impulsos
- Satisfacción personal

### **Factores asociados al niño**

- Hijo deseado
- Adecuado apego parental
- Satisfacción con el desarrollo del niño

### **Factores relacionados con el ámbito familiar**

- Planificación familiar
- Ausencia de situaciones vitales de estrés
- Familia armónica, con buenos canales de comunicación
- Reparto de tareas entre los convivientes
- Actitud de respeto entre los convivientes
- Intervenciones familiares terapéuticas
- Apoyo por parte de otros familiares

### **Factores culturales sociales y económicos**

- Cobertura económica de las necesidades básicas
- Buena acogida y apoyo en el entorno de la convivencia
- Participación en programas de inclusión e integración
- Participación en programas de salud
- Actitud cultural conciliadora
- Rechazo cultural explícito de cualquier forma de violencia



Foto de Mustafa Omar

