

INFERMERIA



escoles universitàries  
**gimbernat**



ADSCRITA A LA **UB** CEI  
CAMPUS D'EXCEL·LÈNCIA  
INTERNACIONAL

---

# **Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat**

## **Trabajo final de Grado**

### **Curso académico 2015-2016**

# **PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DEL SAF EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE SANT BOI DE LLOBREGAT**

## **Berta Sánchez García**

### **Tutor: Pilar Fernández Narváez**

### **Sant Cugat del Vallès, Junio de 2016**

## ÍNDICE

<b>RESUMEN-ABSTRACT.....</b>	<b>3</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Justificación .....</b>	<b>4</b>
<b>1.2 Marco teórico.....</b>	<b>5</b>
<b>1.2.1 Definición y conceptos.....</b>	<b>5</b>
<b>1.2.2 Situación actual del consumo de alcohol.....</b>	<b>6</b>
<b>1.2.2.1 A nivel mundial .....</b>	<b>6</b>
<b>1.2.2.1 A nivel europeo.....</b>	<b>8</b>
<b>1.2.2.2 En España .....</b>	<b>8</b>
<b>1.2.3 Patrones de consumo .....</b>	<b>10</b>
<b>1.2.4 Alcohol y diferencias de género.....</b>	<b>12</b>
<b>1.2.5 Efectos del alcohol durante la gestación .....</b>	<b>15</b>
<b>1.2.5.1 SAF .....</b>	<b>15</b>
<b>1.2.6 Estrategias y métodos en prevención de la salud en Cataluña..</b>	<b>18</b>
<b>2. METODOLOGIA .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 Fase preliminar del programa de salud .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1.1 Perfil epidemiológico.....</b>	<b>21</b>
<b>2.1.2 Perfil comunitario .....</b>	<b>24</b>
<b>2.1.3 Factores.....</b>	<b>26</b>
<b>2.1.4 Diagnóstico educativo.....</b>	<b>27</b>
<b>2.2 Fase de desarrollo .....</b>	<b>28</b>
<b>2.2.1 Objetivos del Programa de Salud.....</b>	<b>28</b>
<b>2.2.2 Intervenciones educativas .....</b>	<b>29</b>
<b>2.2.3 Evaluación del programa .....</b>	<b>33</b>
<b>3. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN .....</b>	<b>34</b>
<b>AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>36</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>37</b>
<b>ANEXOS</b>	

## **RESUMEN**

Actualmente el consumo de alcohol es cada vez mayor entre las mujeres en edad fértil ocasionando repercusiones prenatales. Entre ellas, se encuentra el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF), trastorno congénito que va en aumento y es poco conocido tanto para profesionales de la salud como para la población. No existe tratamiento pero es un síndrome eludible trabajando desde la prevención. Dada la falta de estudios realizados para investigar esta enfermedad, se lleva a cabo un programa de educación para la salud con el objetivo de disminuir la incidencia del SAF en la población de Sant Boi de Llobregat (Barcelona).

La metodología empleada para realizar el programa consiste en estudiar el perfil epidemiológico y comunitario e identificar los factores asociados al comportamiento a modificar de dos mujeres en edad fértil y que consumen alcohol con la finalidad de obtener un diagnóstico educativo. Seguidamente se plantean una serie de objetivos que alcanzar mediante la ejecución de las intervenciones educativas diseñadas para llevar a cabo en las participantes y que son evaluadas al inicio, durante y al final del programa.

**Palabras clave:** alcohol, mujeres en edad fértil, síndrome alcohólico fetal, programa para la salud

## **ABSTRACT**

These days alcohol use is increasing among women of childbearing age causing prenatal effects. Among them, stands out the Fetal Alcohol Syndrome (FAS), a congenital disease that is growing and is not very known among health professionals and the population. There is no cure but it is an avoidable disease from prevention work. Due the lack of studies to investigate this disease, it is carried out a health education program with the objective of reducing the presence of FAS on the citizens of Sant Boi de Llobregat (Barcelona).

The methodology used to carry on the program is to study the epidemiological and community profile and identify the factors associated with the behavior change of two women of reproductive age who consume alcohol in order to obtain an educational diagnosis. Then it is established some goals to achieve by implementing educational interventions designed to perform on the participants and they are evaluated at the beginning, during and at the end of the program.

**Keywords:** alcohol, women of reproductive age, fetal alcohol syndrome, health program

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1 Justificación

En la sociedad actual, el alcohol tiene una serie de características que lo hacen muy especial. Por un lado, se trata de un producto que ocupa un espacio relevante en el mercado, de curso legal, y cuyo uso está arraigado en nuestra cultura. Por otra parte, es responsable de un volumen importante de problemas sociales y de salud, con un coste notable en enfermedades y muertes evitables. Gran parte de los consumidores de alcohol sufren efectos adversos por su consumo y esta situación se extiende también a personas que no consumen (lesiones por accidentes de tráfico, agresiones, etc.).

No menos importante es el consumo de alcohol durante el embarazo, el cual trae consecuencias perjudiciales para el feto y sufren los efectos adversos de esta sustancia. Destacar que existe un gran desconocimiento de las repercusiones de esta droga durante el embarazo entre la población.

Entre las repercusiones encontramos una de las anomalías congénitas más incidente y menos investigada, el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF), una de las causas más conocidas de retraso mental no genética. En Estados Unidos más de 300.000 nacimientos anuales padecen SAF. En España no existen datos definidos y además, investigaciones y programas llevados a cabo en nuestro país, no contemplan la necesidad de incidir en las anomalías congénitas causadas por su consumo.

En el contexto local, la promoción y el apoyo gubernamentales han hecho que sean cada vez más los profesionales de la salud que se involucran; sin embargo, el campo de acción se ha dirigido en gran medida a prevenir el consumo en los jóvenes, dejando un poco al margen las repercusiones prenatales.

Además, todavía no se ha desarrollado un programa específico para disminuir el SAF en España. Por ello, es necesario investigar e intervenir en la prevención del consumo de alcohol en mujeres en edad fértil para evitar nacimientos con SAF producidos por la exposición de alcohol en el feto.

Enfermería es imprescindible para poder llevar a cabo un programa para disminuir el número de nacimientos con SAF ya que se ha de trabajar desde la prevención y enfermería es el profesional más experto en cuanto a llevar a cabo una educación sanitaria hacia estas mujeres, realizando intervenciones de educación para la salud y así modificar las conductas no saludables.

## **1.2 Marco teórico**

### **1.2.1 Definición y conceptos**

El alcohol, sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. Su consumo se considera un problema de salud pública a nivel mundial. Es la droga psicoactiva más extendida en España y una de las principales causas evitables de mortalidad prematura, enfermedad y discapacidad.

Es un depresor del sistema nervioso central (SNC) que adormece progresivamente el funcionamiento de los centros cerebrales superiores y produce desinhibición conductual y emocional. No es un estimulante, la euforia inicial que provoca se debe a que su primera acción inhibitoria se produce sobre los centros cerebrales del autocontrol [1].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) [2] define el término alcohol como sedante/hipnótico con efectos parecidos a los de los barbitúricos. Además de los efectos sociales de su consumo, la intoxicación alcohólica puede causar envenenamiento o incluso la muerte; el consumo intenso y prolongado origina en ocasiones dependencia o un gran número de trastornos mentales, físicos y orgánicos.

El concepto de alcoholismo se emplea para referirse al consumo crónico y continuado o al consumo periódico de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida, episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol y su consumo a pesar de sus consecuencias adversas.

No fue hasta 1940 cuando la consideración de enfermedad y por lo tanto de respuesta médica, alcanzó el rigor terapéutico propio a cualquier patología, definiéndose el alcoholismo como el síndrome de dependencia al alcohol [3].

La imprecisión del término alcoholismo hizo que un Comité de Expertos de la OMS [2] lo desaprobara en 1979, dando preferencia a una expresión más concreta, síndrome de dependencia del alcohol. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) [4] define este síndrome como un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo.

## **1.2.2 Situación actual del consumo de alcohol**

### **1.2.2.1 A nivel mundial**

En las últimas décadas la OMS ha ocupado una posición preferente para tomar la iniciativa y liderar el desarrollo de una política mundial sobre alcohol, consistente en una serie de estrategias que sirvan de guía a las medidas tanto internacionales como nacionales que se lleven a cabo para la reducción de los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Según el Informe Mundial sobre Alcohol y Salud 2014 publicado por la OMS [5], este consumo a nivel mundial fue en 2010 igual a 6,2 litros de alcohol puro consumido por persona mayor de 15 años o más. Son cifras elevadas teniendo en cuenta que del total registrado de alcohol que se consume en todo el mundo, el 50'1% se consume en forma de bebidas alcohólicas.

Este elevado consumo incide directamente en la aparición de enfermedades tal y como publica el Informe Mundial sobre Alcohol y Salud, donde cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido a su consumo, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones.

Algunas de las enfermedades a destacar son enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y accidentes de tráfico. Añadir, la relación de enfermedades transmisibles y el consumo de esta droga tales como la tuberculosis y el VIH/sida.

Cabe destacar la asociación de esta sustancia con el riesgo de desarrollar trastornos mentales y comportamentales, como el síndrome de dependencia al alcohol. Por último, las enfermedades producidas durante la gestación que inciden directamente en el feto.

Según el Informe citado, a nivel mundial el continente americano tiene el segundo consumo más alto per cápita de alcohol entre las regiones de la OMS, después de Europa. También tiene la segunda tasa más alta de consumo episódico de alcohol (después de Europa), un patrón de consumo asociado con efectos nocivos para la salud. Además, la región tiene el menor índice de abstinencia de por vida de consumo de alcohol.

Por un lado, los países con las tasas más altas de consumo de alcohol per cápita y anuales en América son en cabeza Saint Lucia, Canadá, Chile, Argentina, y por último Estados Unidos.

Por otro lado, los países de América con el consumo per cápita más bajo son en cabeza Salvador seguido de Guatemala, Honduras, Jamaica, Nicaragua y por último Cuba.

A nivel mundial, Europa es la región con el mayor consumo de alcohol per cápita, con algunos de sus países con tasas de consumo particularmente altas. El análisis de las tendencias muestra que el nivel de consumo se mantiene estable en los últimos cinco años en la región, así como en África y en América, aunque se han registrado incrementos en las regiones de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental.

### **1.2.2.1 A nivel europeo**

Europa es la región del mundo que consume más alcohol, seguida por el continente americano. La bebida alcohólica más consumida por los europeos es la cerveza seguida de licores y la menos consumida el vino [6].

Destacar que el 3,4% de personas de 18 a 64 años de edad tienen dependencia alcohólica, con lo que se calcula alrededor de 11 millones de personas afectadas [7].

Según un estudio conjunto de la OMS y la Comisión Europea [8], las variaciones sociales, culturales, geográficas y económicas entre los diferentes países de la UE han llevado a distinguir cuatro grupos: este y centro-este de Europa, centro-oeste y oeste de Europa, los países nórdicos y el sur de Europa, con diferentes consumos, patrones y tendencias.

Esta diferenciación revela que el mayor consumo de alcohol se realiza en el este y centro-este de Europa, seguido del centro-oeste y oeste de Europa, después sur de Europa y el menor consumo se realiza en los países nórdicos.

### **1.2.2.2 En España**

En España, el Instituto Nacional de Estadística (INE) [9], sitúa el alcohol como la droga más consumida en la población española, entre 15 y 64 años. Según los últimos datos publicados en 2011, la mayor parte de la población de 15 a 64 años había consumido alguna vez alcohol en su vida.

Los españoles consumen una media de 9,8 litros de alcohol per cápita, una cifra que se sitúa por encima de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) [10] que arroja un promedio de 9 litros de alcohol puro per cápita. Asimismo, explica que en nuestro país el consumo está fuertemente concentrado y el 20% de la población que más bebe ingiere el 58% del alcohol.



Que España supere la media mundial no es sorprendente, atendiendo a las explicaciones de la OMS, que asegura que son precisamente los países con mayor renta *per cápita* los que tienen mayor consumo de alcohol. No obstante, a la cabeza de ese listado, se sitúan países como Rusia, algunos de Europa del Este y Portugal. En cambio, países africanos y de Oriente Medio (muchos de ellos de religión musulmana) no alcanzan la cifra de un litro por persona y año; mientras que en EEUU, la cantidad se acerca mucho a la europea.

A nivel autonómico no se aprecian diferencias significativas en Cataluña en relación a las otras comunidades autónomas. Según el informe EDADES Catalunya [11], el alcohol es la droga más consumida en la sociedad catalana. Los últimos datos recogidos en el año 2013 muestran que la mayor parte de la población catalana de 15 a 64 años había consumido alguna vez, un dato similar a los recogidos por el INE comentados anteriormente.

En cuanto a repercusiones del alcohol en la salud a nivel nacional un estudio realizado por Sánchez, et al [12] muestra que el consumo de alcohol en España está relacionado con más de sesenta enfermedades, incluyendo demencia, cáncer de vías respiratorias y digestivas altas y síndrome de dependencia alcohólica entre otras, además de importantes consecuencias sobre los accidentes, la violencia callejera y los problemas familiares. Además, otro estudio realizado por Colom, et al [13] coincide con el estudio anterior y añade que entre las enfermedades asociadas al consumo excesivo de esta droga se encuentran la cirrosis hepática, algunas enfermedades cardiovasculares, los suicidios y algunas enfermedades neurológicas y mentales.

#### **- Factores de riesgo:**

Según la Sociedad Científica Española de estudios sobre el alcohol (Socidroalcohol) [14] existen factores de predisposición o factores de riesgo para el consumo excesivo de alcohol, como también existen algunos factores protectores, que podemos diferenciar en dos grandes grupos.

Por un lado, los factores que están relacionados con la propia persona (factores individuales) que engloban los factores genéticos y de personalidad y por otro lado, los factores que forman parte de su entorno (factores ambientales) que engloban los factores socio-culturales, familiares y sociodemográficos.

En cambio, un estudio reciente realizado por Herrero [15] no engloba los factores en dos grupos si no que destaca tres tipos de factores: factores sociales, familiares y personales.

Los factores sociales, que hacen referencia al fácil acceso del alcohol por la población, la aprobación social en su consumo, el efecto negativo de la publicidad de bebidas alcohólicas y la asociación en actividades de ocio del consumo de alcohol u otras sustancias. Los factores familiares, que engloban la ambigüedad en los patrones educativos del adulto frente al adolescente, clima familiar conflictivo o problemas de falta de comunicación y aislamiento, consumo familiar de alcohol e influencia de un entorno consumidor. Por último, los factores personales que abarcan la desinformación, falta de prejuicios, actitudes favorables al consumo, problemáticas personales o déficit individuales.

### **1.2.3 Patrones de consumo**

La creciente unificación europea ha generado una tendencia a la unificación de los patrones de consumo alcohólico. En el caso de los países del sur de Europa, ello significa la progresiva sustitución de una parte del consumo de vino por cerveza, así como la adopción de patrones de consumo más concentrados en los momentos de ocio del fin de semana.

Un estudio realizado por el Centro Nacional de Epidemiología [16] introduce un nuevo concepto considerando España un país con un modelo de consumo de alcohol en transición donde destaca coincidiendo con otros países, el consumo abusivo de alcohol durante el fin de semana, asociado al ocio y con creciente incorporación de la mujer, con un descenso importante en el tradicional consumo de vino que se ha visto sustituido por la cerveza, cada vez más en aumento.

Este estudio nombra dos tipos de patrones de consumo de alcohol dividido en dos regiones; con elevado consumo *per cápita*, denominado *wet cultures*, el cual corresponde a España, y con bajo consumo denominado *dry cultures*. Destacar que estos dos tipos de patrones están desapareciendo ya que la forma de consumo se va homogeneizando a nivel mundial, incluido el tipo de bebida consumida, la cerveza.

En los países con *wet cultures* el consumo de alcohol está integrado en la vida cotidiana y se consume regularmente acompañando las comidas. Además, las bebidas alcohólicas son fácilmente accesibles. Esta cultura es característica de los países mediterráneos en los que el vino es la bebida predominante.

En los países con *dry cultures* ocurre lo contrario, su consumo no es habitual con las comidas ni está integrado en las actividades cotidianas. Además, su acceso es más restrictivo. Este patrón de consumo es típico de los países escandinavos, Estados Unidos y Canadá donde la cerveza es la bebida predominante.

Otra diferencia según los países es la ocasión o sesión de bebida, que refleja distintas formas de consumo de alcohol en cada sociedad. En países anglosajones o nórdicos, con un consumo de alcohol más esporádico y concentrado típicamente, la sesión se estima en unas 2 horas de consumo, mientras que en países mediterráneos suele extenderse varias horas más, al ser el consumo más regular y social [17].

A diferencia de los patrones *wet* y *dry*, hay un nuevo patrón de consumo que no se divide en regiones ya que lo presentan en común todos los países. Es uno de los fenómenos que más preocupa a la OMS y se llama atracón (en inglés, *binge drinking*), que la organización define como el consumo de más de seis bebidas en una sola ocasión al menos una vez al mes. Como explican en su documento, este patrón de consumo se ha asociado con más riesgos para la salud, a diferencia, por ejemplo, del consumo de bebida en las comidas [5].

Este nuevo patrón es debido al aumento del consumo que se identifica con el tiempo libre y la fiesta generalmente manteniendo un abuso de este los fines de semana. Los nuevos consumidores se alejan del estereotipo de alcohólico crónico, consumidor diario, si no que se realiza el atracón de alcohol en un periodo de tiempo muy corto [18].

#### **1.2.4 Alcohol y diferencias de género**

Como cuestión de particular importancia se debe resaltar la tendencia ascendente de las prevalencias de consumo de alcohol en mujeres. En términos generales, los varones siguen mostrando mayores prevalencias de consumo y consumen más intensamente cuando lo hacen, pero estas diferencias han disminuido especialmente con relación a las mujeres jóvenes. Los datos son relevantes: un 25% de mujeres en España de 15 a 34 años admitió haberse embriagado en el último año [19].

Los últimos datos que proporciona la Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) en 2013 [20] revelan un mayor consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días en mujeres con edades de 15 a 35 años y a partir de los 35 años el consumo disminuye.

En cambio, si se trata de consumo diario los datos son a la inversa ya que según Vagnarelli, et al [21] el porcentaje de mujeres que declara una ingesta diaria de cualquier bebida alcohólica oscila entre 1-2% a los 15-34 años de edad y va en aumento a medida que se incrementa la edad. Destacar que el consumo excesivo de alcohol es declarado por una minoría de las mujeres españolas en edad fértil y la tasa de bebedoras excesivas es imperceptible.

La trascendencia de estos datos es evidente tanto por el hecho diferencial que supone el consumo de alcohol en mujeres en cuanto a los efectos y consecuencias derivadas del mismo (mayores alcoholemias que los varones a igual cantidad de alcohol ingerida, mayor tendencia al daño hepático, posible relación causal con neoplasias de mama y trastornos reproductivos, etc...) como por constituir el grupo de población con potencial reproductivo.

El estudio publicado por la OCDE [10] indica que existen grandes diferencias en cuanto al consumo por nivel social o sexo y muestra que en España los hombres con un nivel bajo socioeconómico o educativo corren un mayor riesgo de tener una ingesta de riesgo de alcohol. En cambio, en el caso de las mujeres ocurre a la inversa ya que cuanto más formadas están o disponen de más medios socioeconómicos, tienen más posibilidades de encontrarse en situaciones de abuso del alcohol.

Según un estudio realizado por Wilsnack, et al [22] se distingue una serie de diferencias biológicas, sociales y culturales entre ambos sexos. Por un lado diferencias biológicas ya que las mujeres tienen menor contenido corporal de agua para un mismo peso, tienen mayores concentraciones de alcohol en sangre después de beber cantidades equivalentes de alcohol, lo que podría influir beber menos para obtener los mismos efectos.

Por otro lado, diferencias sociales y culturales, el consumo de la mujer ha sido restringido bajo la creencia de que puede afectar adversamente su comportamiento o rol social.

En cuanto al nivel educativo, las mujeres con un elevado nivel de estudios consumen más alcohol mientras que los hombres con menor nivel tienen mayor probabilidad de ser bebedores de riesgo. Además, hay un mayor riesgo de *binge drinking* a medida que aumenta el nivel de estudios [23].

Un dato importante a tener en cuenta en las mujeres que consumen alcohol es la gran sensibilidad que presentan para acudir a solicitar ayuda médica ante problemas de alcoholismo. Según un estudio realizado por Solis, et al [24] podría ser debido a la intolerancia social hacia la mujer alcohólica. Además, la percepción de la mujer es diferente a la del hombre, percepción matizada por la tolerancia social y los roles de uno y otro género.

Debido a estas expectativas sociales que consideran que la mujer no debe beber porque cuando lo hace, sufre mayor rechazo y estigmatización social que el hombre, aparecen estas diferencias marcadas entre los síntomas de dependencia entre ambos sexos. Según Mariño, et al [25] estas diferencias deberían basarse en las diferencias de conducta de uno y otro durante la intoxicación y no por las diferencias sociales.

Es cierto que los datos revelan menos mujeres con consumo de riesgo, pero aquellas que si lo tienen, sufren más problemas por el alcohol, perciben mayor reproche social y ocultan más su problema, acuden menos a buscar tratamiento especializado y buscan ayuda en servicios no especializados como en Atención Primaria.

En general, las consecuencias de la ingesta excesiva de alcohol progresan de manera más rápida y grave en las mujeres por la mayor vulnerabilidad al daño orgánico debido a las diferencias biológicas comentadas anteriormente así como el adelanto de la edad de inicio del consumo y el patrón de ingestas en atracón.

Esta vulnerabilidad a los daños relacionados con el alcohol es un importante problema de salud pública porque el consumo de alcohol entre las mujeres ha ido en constante aumento en línea con el desarrollo económico y el cambio de los roles de género.

En el Symposium científico sobre Mujer y Alcohol realizado en 2012 [26] se destacan tres etapas cronológicas de la mujer relacionado con el consumo de alcohol.

La primera etapa relata los primeros intentos de tratamiento, basados en técnicas conductistas los cuales resultaban muy agresivos. Los pacientes los experimentaban y se conformaban, sin embargo las mujeres no los realizaban porque les suponía vergüenza social.

La segunda etapa relata el cambio de modelo social femenino y su relación con el alcohol. Las mujeres se han incorporado a la esfera pública creando un nuevo perfil de mujer alcohólica; joven, trabajadora, etc. Esto explica como el control social que tenían tradicionalmente actuaba como factor de protección frente a los riesgos del consumo de alcohol.

Por último, la tercera etapa en la cual actualmente la aceptación social del consumo del alcohol pone de manifiesto el concepto *binge drinking* y aumenta el consumo en las mujeres.

Por lo tanto, es concebible que un número significativo de mujeres que son bebedoras de alcohol y están en edad reproductiva, no se abstendrá de beber alcohol durante el embarazo y puede dar a luz a un bebé que este expuesto a esta droga.

### **1.2.5 Efectos del alcohol durante la gestación**

Pese al consumo abundante de alcohol en Europa, el consumo materno ha estado en gran parte ignorado en España. Según Sheryl, et al [27] la exposición prenatal al alcohol es reconocida como una de las principales causas evitables de malformaciones congénitas y retraso en el desarrollo en los países industrializados, y es considerada la principal causa prevenible de retraso mental en América del Norte.

En cuanto al funcionamiento del alcohol en el organismo, según Martínez [28] esta droga atraviesa con facilidad la barrera placentaria, poniéndose rápidamente en contacto con el feto. Pero como el cuerpo de éste es inmaduro y no posee las enzimas necesarias para su eliminación, los niveles en su sangre pueden permanecer elevados durante más tiempo que en la sangre materna.

Según González, et al [29] los efectos adversos del consumo de alcohol durante la gestación son causa de un amplio espectro de anomalías estructurales, de comportamiento y neuro-psiquiátricas para el desarrollo humano que ocurrirán en el niño, el adolescente y el adulto. Su manifestación se produce de acuerdo a la dosis de alcohol que ingiere la mujer embarazada, la fase de la gestación en la que se encuentre y de la susceptibilidad o vulnerabilidad de los individuos, madre y feto.

El conjunto de estas anomalías se conoce como espectro de trastornos del feto alcoholizado o FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorders).

Estos trastornos se caracterizan por discapacidades físicas, conductuales e intelectuales. Son totalmente prevenibles si la mujer no bebe alcohol durante el embarazo. Dentro de estas anomalías el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF) es el cuadro más grave.

#### **1.2.5.1 SAF**

Según la autora Hidalgo [30], el SAF es una de las causas más conocidas de retraso mental, ya que el alcohol es teratógeno, produciendo daños irreversibles en el Sistema Nervioso Central (SNC), además de afectar otros órganos y sistemas.

No se conoce cuál es la cantidad segura de ingesta de alcohol durante el embarazo, por lo que se recomienda la abstinencia total a las madres gestantes. Se sabe que origina daños en todas las etapas del embarazo. En el primer trimestre causa anomalías estructurales: faciales, cerebrales; en el segundo hay más riesgo de aborto espontáneo y en el tercero disminuye el peso, la longitud y el crecimiento cerebral. Aproximadamente el 70% de los niños con alta exposición prenatal al alcohol tienen alteraciones neuroconductuales.

Estas alteraciones neuroconductuales se resumen, según el doctor Miguel del Campo, pediatra y genetista del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona [31] en hiperactividad, Trastorno por Déficit de Atención (TDAH), coordinación locomotora deficiente, mucha impulsividad, socialización conflictiva, dificultades de aprendizaje y discapacidad intelectual.

El criterio diagnóstico establecido para el SAF según Cancino, et al [32] se basa por un lado, en la deficiencia en el crecimiento prenatal y/o posnatal como el peso o talla por debajo del percentil 10 correspondiente a la edad gestacional. Por otro lado, desórdenes del SNC como anomalías neurológicas, retraso del desarrollo psicomotor y daño intelectual.

Además, hace referencia a un patrón distintivo propio de este síndrome correspondiente a una serie de anomalías faciales tales como microcefalia, fisuras palpebrales cortas (ojos rasgados), labio superior aplanado y delgado, aplanamiento facial, ausencia del filtrum nasal y escaso desarrollo del surco nasogeniano.



**Figura 1:** Características faciales del SAF. Guía para el diagnóstico de trastornos asociados a la exposición prenatal al alcohol. Instituto Nacional de Pediatría, México. URL: <http://www.redalyc.org/pdf/4236/423640329009.pdf>



Según la OMS [33], el tratamiento se basa principalmente en prevenir y a continuación en obtener ayuda de los servicios de salud mental y servicios médicos para manejar las discapacidades resultantes para toda la vida, que incluyen dificultades de aprendizaje, problemas de conducta y de lenguaje, retraso en la adquisición de habilidades sociales o motoras, problemas de memoria y déficit de atención.

En cuanto a estudios realizados cabe destacar que la mayor parte de la investigación sobre el SAF procede de América del Norte. Un estudio realizado por Deborah, et al [34] estima una prevalencia de 6'9 de SAF por cada 1.000 habitantes entre los niños de 7-9 años en Arizona, Colorado y Nueva York. Otro estudio realizado en Estados Unidos por Cancino, et al [32] indica una incidencia del SAF con un promedio de 9'7 por 10.000 nacimientos en la población obstétrica general y se calcula que entre niños nacidos vivos de mujeres que abusan del alcohol, un 4,3% de éstos nacen con este síndrome, lo que representa más de 300.000 nacimientos anuales en Estados Unidos por esta causa.

En España, según datos publicados por el Ministerio de Sanidad [19], el SAF es la causa más frecuente de retraso mental de origen no genético. Su prevalencia es de 1-3 por mil recién nacidos, aunque se estiman cifras más altas cuando se incluyen muchos otros casos que se presentan con sintomatología incompleta y otros que no se diagnostican hasta meses y años después del nacimiento.

Cabe resaltar que a nivel autonómico se están llevando a cabo estudios con diferentes especialistas de Barcelona del Hospital Sant Joan de Déu, Hospital del Mar i Hospital de la Vall d'Hebron.

Como ejemplo cabe citar el *Proyecto Meconio*, diseñado por el servicio de Pediatría del Hospital del Mar de Barcelona con la finalidad de registrar mediante entrevistas el uso de sustancias por parte de mujeres embarazadas, establecer la prevalencia de la exposición fetal crónica a drogas de abuso, incluyendo el alcohol, mediante su medición en el meconio, y comparar estos datos [35].

Solo el 5% de las mujeres embarazadas declararon mediante la entrevista consumir alcohol durante la gestación. Sin embargo, el 44% de las muestras de meconio revelaban un porcentaje mayor de mujeres que consumían alcohol. El análisis de meconio permitió descubrir un consumo de alcohol no declarado mediante entrevista y la exposición del 44% encontrada es extremadamente elevada.

### **1.2.6 Estrategias y métodos en prevención de la salud en Cataluña**

Es importante llevar a cabo una prevención para evitar nacimientos con SAF ya que como se ha comentado anteriormente la mejor manera de poder llevarla a cabo es evitar totalmente el consumo de alcohol durante el embarazo. Además, como revelan los datos expuestos anteriormente la prevalencia del SAF va en aumento y es necesario intervenir desde la prevención ya que no hay un tratamiento específico para este síndrome.

En términos de promoción de hábitos saludables y prevención de adicciones destaca en Cataluña el programa *Beveu menys* [36], que pretende dotar a los profesionales de la atención primaria de los conocimientos necesarios para la identificación precoz y las intervenciones breves en bebedores de riesgo pero no contempla la prevención en mujeres en edad fértil o embarazadas.

Hay un documento llamado Llibre Blanc [37] de la prevención en Cataluña sobre el consumo de drogas y problemas asociados en el cual tampoco se menciona la prevención en mujeres.

En el Pla d'Actuació en Prevenció sobre drogues 2012-2016 [38] tampoco se menciona la actuación en mujeres en edad fértil ni los problemas agregados como es el caso del SAF.

Sin embargo, en Estados Unidos hay dos programas dirigidos a disminuir la incidencia del SAF. Uno de estos programas lleva a cabo una intervención motivacional para reducir el riesgo de embarazo expuesto al alcohol [39] y el otro programa lleva a cabo una serie de intervenciones, utilizando como base la entrevista motivacional, para aumentar el uso de anticonceptivos en mujeres fértiles consumidoras de alcohol que no planifican un embarazo [40], teniendo los dos programas un resultado óptimo.

Por lo tanto, dada la importancia reconocida de la prevención de este síndrome y los resultados óptimos obtenidos por dos programas llevados a cabo en Estados Unidos, mi propuesta va encaminada a realizar un programa de educación para la salud con el objetivo de prevenir nacimientos con SAF y alcanzar el objetivo general de disminuir la incidencia de este síndrome en la población de Sant Boi de Llobregat, Barcelona.

## **2. METODOLOGIA**

La metodología empleada para llevar a cabo el programa de salud se basa en el método Precede que consiste en estudiar a las participantes (perfil epidemiológico) y el entorno donde conviven (perfil comunitario). Una vez realizado los dos perfiles, se estudian los comportamientos de éstas trabajando en los factores positivos y negativos que conllevan a realizar la conducta no saludable para poder producir un cambio a conducta saludable. De todo ello, deriva el diagnóstico educativo el cual nos muestra los problemas identificados.

Reforzar la efectividad de este modelo con el ejemplo de un estudio realizado por Ranjbaran, et al [41] que siguiendo el modelo Precede, argumenta que es necesario seguir este modelo para desarrollar intervenciones basadas en la teoría en este campo y así determinar el efecto de una buena intervención educativa.

A continuación, se desarrollan una serie de objetivos que alcanzar mediante el diseño de intervenciones que se llevaran a cabo con las participantes con el fin de modificar el diagnóstico educativo. Por último, se realiza la evaluación de los objetivos, intervenciones y el diagnóstico educativo.

Para poder llevar a cabo el programa de salud se necesita seleccionar una muestra para recabar información sobre sus necesidades específicas y adecuar las intervenciones.

Los criterios de inclusión son mujeres entre 18 y 35 años de edad, sin infertilidad confirmada, que hablen castellano y/o catalán ya que otro idioma supondría una barrera idiomática para el desarrollo del programa, que consuman alcohol ya que es la conducta a modificar, capaces de dar su consentimiento informado y residan en la comarca del Baix Llobregat por motivos de logística.

Los criterios de exclusión son los siguientes: que tengan problemas cognitivos ya que podrían interferir con la capacidad de dar su consentimiento, entender y realizar las intervenciones del programa.

Para obtener información de las participantes se diseña una entrevista que se lleva a cabo de forma individual, elaborando previamente un guion de preguntas (anexo 1).

En el momento de la selección de las participantes en la hubo una serie de dificultades. Por un lado, me puse en contacto con el CAS (Centro de Atención y Seguimiento) de drogodependencias del Hospital Benito Menni ya que realicé allí prácticas de enfermería. Me pusieron en contacto con Coordinación de Investigación en enfermería del hospital y después de varios intentos conseguí contactar con ellos. Les envié un proyecto de investigación sobre el programa que estoy llevando a cabo para que pudieran autorizarme realizar entrevistas, sin éxito ninguno ya que era un proceso largo y burocrático y no disponía de tanto tiempo.

Por otro lado, mientras realicé las prácticas en el CAS Benito Menni conocí a la presidenta y secretario de Remare (*Reagrupament de malalts alcohòlics rehabilitats del Baix Llobregat*), una asociación cuyos objetivos son estimular la prevención del alcoholismo y la rehabilitación y asistencia a las personas que consumen alcohol.

Me reuní con ellos y tampoco pudieron facilitarme el perfil que estaba buscando ya que las mujeres que acudían a esta asociación en esos momentos no cumplían con el criterio de la edad establecido para llevar a cabo el programa.

Me puse en contacto con el CAS de Sant Feliu de Llobregat pero tampoco pudieron facilitarme el perfil necesario para mi trabajo por el mismo motivo que la asociación Remare. De todas formas, me comentaron que el CAS de Horta realizaba un grupo de terapia con mujeres que consumen alcohol.

Después de intentar que la muestra fuera del Baix Llobregat por motivos logísticos, decidí ponerme en contacto con el CAS de Horta pero tampoco me pudieron facilitar ninguna muestra ya que la edad de las mujeres no se correspondía con el perfil buscado.

Como último recurso, conseguí realizar las entrevistas a dos mujeres de Sant Boi de Llobregat que cumplían los criterios de inclusión y que un contacto de la asociación Remare me proporcionó de manera informal.

## **2.1 Fase preliminar del programa de salud**

### **2.1.1 Perfil epidemiológico**

El desarrollo de esta fase y sus resultados son tal vez los menos exhaustivos en relación al consumo de alcohol en mujeres y nacimientos con SAF, dada la falta de registros epidemiológicos existentes.

Por un lado, en relación al consumo de alcohol en la población a estudiar no existen datos estadísticos del municipio de Sant Boi de Llobregat. Decir que esta población pertenece a la comarca del Baix Llobregat en la cual las últimas estadísticas publicadas en 2014 por el Instituto de Estadística de Catalunya (IDESCAT) [42] indican que 746 personas tratan la dependencia al alcohol, un dato pequeño en comparación a la cantidad de alcohol que se consume.

Por otro lado, no se encontraron datos correspondientes a morbilidad y mortalidad asociados al SAF del Baix Llobregat ni de la población a estudiar, lo que puede llevar a interpretar que es un gran desconocido tanto para la población como para los profesionales sanitarios o en su defecto sí lo conocen pero dan más relevancia a enfermedades más prevalentes.

A continuación, se describe a las participantes de manera más detallada. Las participantes son dos mujeres que residen en el barrio llamado Camps Blancs en la localidad de Sant Boi de Llobregat, comarca del Baix Llobregat de la provincia de Barcelona.

La primera entrevistada tiene 23 años. Cursó estudios secundarios y de formación profesional. Actualmente se encuentra en desempleo.

Consume alcohol en los momentos de ocio del fin de semana juntamente con sus amigos, habitualmente en discotecas. Añade que entre semana no consume. En un día de consumo normal suele realizar entre 4 y 5 consumiciones de bebidas alcohólicas (licores). Por lo tanto, sigue el patrón de consumo *binge drinking*. Refiere llevar consumiendo alcohol desde hace 6 años, es decir empezó a consumir a la edad de 17 años.

Comenta encontrarse mal después de consumir alcohol ya que le duele la cabeza y estómago y en ocasiones ha llegado a presentar vómitos pero expresa que es algo normal si consumes alcohol tener después “*resaca*” (veisalgia). Además, reconoce que los domingos se pierde reuniones y salidas familiares ya que está durmiendo.

En cuanto a su entorno familiar, reside con sus padres manteniendo buena relación. Comenta que muestran preocupación por ella ya que no están de acuerdo con sus relaciones sociales porque según ella, los padres refieren que son malas influencias. Ella se muestra disconforme con la opinión de estos.

No tiene pareja ni hijos. A la edad de 18 años realizó una interrupción voluntaria del embarazo que según expresa le causó problemas emocionales. Hace unos años utilizaba anticonceptivos orales pero dejó de consumirlos porque refiere que aumentó de peso.

Actualmente comenta no utilizar ningún método anticonceptivo porque dice no necesitarlo ya que mantiene relaciones sexuales esporádicamente. Sin embargo expresa saber que puede tener otro embarazo si no usa métodos.

En cuanto a información relacionada con la exposición de alcohol en el feto refiere no conocer los riesgos ni enfermedades que puedan llegar a presentar el feto, entre ellas el SAF. Añade no haber escuchado nunca hablar del SAF.

La segunda mujer tiene 32 años. Presenta estudios secundarios. Actualmente se encuentra en paro. Anteriormente trabajó en un bar llevando a cabo las labores de camarera.

Consume alguna bebida alcohólica con una frecuencia de 4 o más veces a la semana. En un día de consumo normal suele realizar entre 2 y 3 consumiciones de bebidas alcohólicas, concretamente cerveza. Acude a un bar a consumir. Destacar que no considera la cerveza como una bebida alcohólica a pesar que sí conoce que la cerveza contiene alcohol. Refiere llevar consumiendo cerveza desde hace años. Expone que hace 3 años consume más periódicamente y según comenta el desencadenante es encontrarse sin empleo.

En cuanto a su entorno familiar, reside con su pareja y su hijo. El hijo tiene 7 años y su pareja no es el padre aunque refiere que realiza el rol de padre ya que su anterior pareja no se responsabiliza en nada y comenta que se ha desentendido por completo de su hijo.

Cuando estuvo embarazada de su hijo refiere haber consumido alguna vez cerveza esporádicamente restándole importancia a lo hecho. Durante el embarazo comenta no haber sufrido ninguna enfermedad. Tuvo un parto vaginal sin complicaciones con la utilización de la anestesia epidural. El hijo no padece ninguna enfermedad.

De vez en cuando utiliza métodos anticonceptivos, concretamente preservativo, aunque reconoce haber mantenido relaciones sexuales con su pareja sin utilizar métodos anticonceptivos. Expone que de momento no tiene intención de tener un hijo pero dice no importarle quedarse embarazada más adelante.

En cuanto a información relacionada con la exposición de alcohol en el feto refiere no conocer los riesgos ni enfermedades que pueda llegar a presentar el hijo, entre ellas el SAF. Añade no haber escuchado nunca hablar del SAF y pregunta sobre ello.

### **2.1.2 Perfil comunitario**

En esta fase se realiza un estudio poblacional y de manera más exhaustiva de la comunidad que rodea a las dos mujeres entrevistadas haciendo hincapié en el barrio Camps Blancs, teniendo en cuenta los factores más incidentes que puedan afectar al comportamiento de la muestra obtenida según las entrevistas realizadas.

Las dos participantes del programa residen en Sant Boi de Llobregat, una localidad que según los últimos datos de IDESCAT de 2015 [42] tiene 82.195 habitantes, de los cuales 41.868 son mujeres y en el intervalo de edad de 15 a 64 años hay 27.527 mujeres, entre las cuales se encuentran ellas.

Según el Observatorio de Sant Boi [43], esta población se divide territorialmente en seis distritos. En términos de población el más grande es Marianao. Los distritos de tamaño medio son el Barri Centre y Vinyets-Molí Vell. Los distritos más periféricos son los más pequeños, en primer lugar, la Ciudad Cooperativa-Molí Nou, en segundo lugar Casablanca y finalmente, Camps Blancs, el barrio donde viven las participantes y el cual es el distrito con menos habitantes, concretamente 4.979, los cuales 2.542 son mujeres. Añadir que más de la mitad de ellas son nacidas en Cataluña como nuestras dos participantes.

En cuanto al nivel económico, la renta familiar disponible bruta por habitante de la población (miles de euros) es de 16'5, por debajo del Baix Llobregat que es de 17'1 y de Cataluña que es de 16'6. En el Barrio Camps no existen datos.

Destacar que el paro registrado en esta población en mujeres es de 3.714 del total de 27.527 entre 15 y 64 años, entre las cuales se encuentran las participantes [42]. En cuanto al nivel de estudios de la población no se han encontrado datos.

Según el documento Análisis urbanístico de Barrios Vulnerables en España [44] consideró en 1991 que el barrio Camps Blancs de Sant Boi de Llobregat era un barrio vulnerable, barrio en el cual residen las dos participantes del programa.



Para que se considere barrio vulnerable al menos uno de los tres indicadores de Vulnerabilidad (índice de estudios, de paro o de carencia de viviendas-sin agua corriente, sin WC dentro de la vivienda, o sin baño o ducha-) del conjunto ha de superar el valor establecido como referencia. Actualmente Sant Boi de Llobregat no tiene ningún barrio vulnerable pero cabe destacar que el barrio de Camps Blancs se utilizó para realojar a la población de las barracas de Montjuïc mediante la Obra Sindical del Hogar, que entonces se llamaba Polígono “Cinco Rosas”.

#### **- Organización social:**

##### **Servicios y recursos sanitarios existentes en Sant Boi de Llobregat:**

La población dispone de 4 Centros de Atención Primaria (CAP): CAP Cooperativa, CAP Camps Blancs, CAP Montclar y por último, CAP Vinyets.

Cuenta con dos centros hospitalarios: Hospital Parc Sanitari Sant Joan de Déu y Hospital Benito Menni. Éste último es un centro asistencial de salud mental el cual también dispone de Centro de Atención y Seguimiento (CAS) a las drogodependencias.

La localidad también dispone de 3 “casales” donde se informa a los habitantes sobre la seguridad social, servicios sociales y de vivienda, inserción laboral, arraigo social, entre otros. Estos son: Casal de Barrio Casablanca, Casal de Barrio Cooperativa-Molí Nou y Can Jordana- Barri Centre.

Destacar el Centro de Recursos y Documentación de las Mujeres el cual su misión es potenciar la promoción de las mujeres mediante servicios especializados.

##### **Servicios y recursos no existentes:**

Hay un programa para adolescentes dirigido por el Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID) impartido en el Instituto Camps Blancs el cual colabora el CAP Camps Blancs pero no existen programas sobre prevención de drogas en mujeres en edad fértil ni durante el embarazo. El CAS tampoco realiza ningún programa de prevención en mujeres con consumo de alcohol.

### 2.1.3 Factores

En esta fase se analizan los factores del comportamiento de la muestra que facilitan y predisponen la aparición de una conducta no saludable -consumir alcohol- o que refuerzan su existencia. Se presenta la información recabada en la tabla 1, clasificando los factores predisponentes, facilitadores y de refuerzo en positivo y negativo.

FACTORES PARTICIPANTE 1:	CONDUCTA: CONSUMO DE ALCOHOL Y UTILIZACION MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	
	POSITIVO	NEGATIVO
<b>PREDISPONENTES</b>		Desconocimiento de los riesgos de consumir alcohol: <i>"No pasa nada si bebes cuando sales de fiesta", "No creo que sea tan grave como lo pintan"</i> Conoce los riesgos de no usar anticonceptivos pero no es consciente de la importancia de su utilización: <i>"Sé que debo usar métodos anticonceptivos pero no lo hago"</i>
<b>FACILITADORES</b>	Apoyo del entorno familiar: <i>"Mis padres se preocupan por mí"</i> Abortar le resultó una experiencia desagradable: <i>"Tuve que abortar por no usar preservativo y no quiero volver a pasar por ello"</i>	Fácil accesibilidad a la droga: <i>"En la discoteca puedes comprarte los cubatas que quieras"</i> Consumir alcohol le facilita las relaciones sociales: <i>"Salir con mis amigos y beber juntos es más divertido y aguantas toda la noche"</i> Entorno social: <i>"Todo el mundo bebe cuando sale de fiesta"</i>
<b>REFORZADORES</b>	Beber alcohol le perjudica a nivel físico y en su entorno familiar y es consciente de ello: <i>"Después de beber tengo resaca"</i> <i>"Me pierdo muchas comidas en familia porque me quedo en casa durmiendo"</i>	

**Tabla 1:** Factores predisponentes, facilitadores y reforzadores (positivos y negativos) de la participante 1. Autoría propia.

FACTORES PARTICIPANTE 2:	CONDUCTA: CONSUMO DE ALCOHOL Y UTILIZACION MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	
	POSITIVO	NEGATIVO
<b>PREDISPONENTES</b>	Tiene curiosidad en conocer el SAF: <i>“¿Qué es el SAF?”</i> Utilización preservativo: <i>“Con mi pareja casi siempre tengo relaciones con preservativo”</i>	Desconocimiento de los riesgos de consumir alcohol y no es consciente de que la cerveza es una bebida alcohólica: <i>“La cerveza no es igual que un cubata”</i> <i>“Nunca me emborracho bebiendo dos cervezas”</i>
<b>FACILITADORES</b>	Motivación para no consumir alcohol: <i>“Por mi hijo haría cualquier cosa”.</i> <i>“Más adelante quiero tener un hijo con mi actual pareja”</i>	Tiene como hábito de vida ir al bar y consumir alcohol y además tiene la droga fácilmente accesible: <i>“Voy al bar de siempre y allí me pido dos cervezas”</i> <i>“Es una rutina tomarme dos cañas, es algo normal”</i>
<b>REFORZADORES</b>		Después de consumir se siente bien: <i>“Voy al bar a tomarme una caña porque me gusta y me siento bien”</i>

**Tabla 2:** Factores predisponentes, facilitadores y reforzadores (positivos y negativos) de la participante 2. Autoría propia.

#### 2.1.4 Diagnóstico educativo

A partir de los datos obtenidos por las entrevistadas se identifican dos problemas que hay que abordar. El primer problema detectado es el desconocimiento del SAF y los riesgos que conlleva al feto consumir alcohol durante el embarazo ya que consumen alcohol debido a la normalización del consumo por el entorno social que les rodea y/o lo consideran un hábito de vida a pesar de tener una familia que les apoya y/o motiva a dejar su consumo. Además, no son conscientes de la importancia de utilizar métodos anticonceptivos si no se planifica un embarazo a pesar de haber tenido un aborto y/o de conocer la importancia de su utilización.

El segundo problema detectado es la falta de motivación para adquirir conocimientos sobre el SAF y métodos anticonceptivos ya que no muestran interés ni preguntan sobre ello.

Por lo tanto, el diagnóstico educativo es el desconocimiento del SAF y sus repercusiones en el feto, desconocimiento de la importancia de usar métodos anticonceptivos para prevenir el SAF y por último, la falta de motivación para adquirir los conocimientos y/o modificar las conductas no saludables como consumir alcohol y no usar métodos anticonceptivos.

## **2.2 Fase de desarrollo**

### **2.2.1 Objetivos del Programa de Salud**

#### Objetivo general

Disminuir la incidencia de nacimientos con SAF en mujeres consumidoras de alcohol entre 18 y 35 años de la población de Sant Boi de Llobregat en un 50% en un plazo de 5 años.

Éste es un objetivo general de difícil cumplimiento dado la ausencia de datos de la incidencia del SAF en esta localidad.

#### Objetivo intermedio

Conseguir que disminuyan el consumo de alcohol después de las sesiones educativas.

Conseguir que utilicen métodos anticonceptivos al mantener relaciones sexuales.

#### Objetivos específicos

- Conocimientos: Al final de las intervenciones las dos mujeres conocerán el efecto del alcohol en el feto, el SAF, su causa, signos y síntomas.

Conocerán los distintos métodos anticonceptivos que hay y la importancia de utilizarlos si no se planifica un embarazo.

- Actitud: las participantes demostrarán motivación para prevenir el problema: no consumir alcohol durante el embarazo y/o utilizar medios anticonceptivos.

### 2.2.2 Intervenciones educativas

Para poder informar y concienciar del problema, hay que trabajar paralelamente con la motivación. Es decir, se llevaran a cabo las intervenciones mediante la utilización de la entrevista motivacional que será la base de las intervenciones.

La entrevista motivacional, centrada en el paciente, busca iniciar un cambio de conducta ayudándolo a resolver su ambivalencia. Se basa en que el cambio más que un resultado es un proceso que tiene varias etapas. Considera como punto fundamental para iniciar el cambio la motivación personal, que no se consigue a través de consejos sino que tiene que surgir de la propia reflexión del paciente [45].

Las intervenciones se dividirán en 4 sesiones individuales con una duración de un mes, una sesión por semana. Se realizaran intervenciones breves con una duración de 20 minutos cada una ya que de esta forma se capta su atención y no resultan intervenciones largas y cargantes.

Sesión	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
1				
2				
3				
4				

**Tabla 3:** Cronograma de las 4 sesiones a realizar en un mes. Autoría propia.

## Sesión 1:

**-Metodología:** conversación enfermera-participante empleando la entrevista motivacional individualmente.

**-Descripción de la intervención:** establecer vínculo con la participante y alcanzar el reconocimiento del problema: consumo de alcohol y la no utilización de métodos anticonceptivos. De esta manera, en la primera sesión se favorece la motivación y la reflexión hacia la conducta no saludable. Además, al proporcionar vínculo profesional-paciente facilitamos unas intervenciones más efectivas.

Se realiza un acercamiento que está diseñado para aumentar la motivación de la participante para iniciar y persistir en los esfuerzos del cambio de comportamiento.

Mediante la utilización de preguntas abiertas y escucha activa iniciar una conversación de manera empática facilitando a la participante la expresión de argumentos, como por ejemplo: “Dices que deberías usar métodos anticonceptivos pero que no lo haces” (escucha activa), “¿Por qué no lo haces?” (Pregunta abierta).

De este modo, se explora la ambivalencia de la participante adoptando un papel de colaboración y favoreciendo la propia reflexión.

### **-Recursos:**

- Humanos: 1 enfermera
- Materiales: papel, 2 bolígrafos, 1 mesa, 2 sillas.
- Tiempo: 20 minutos

**-Lugar:** consulta de enfermería.

## Sesión 2:

**-Metodología:** conversación enfermera-participante de forma individual.

**-Descripción de la intervención:** en la segunda sesión se informa del concepto de SAF, porque se produce y como prevenirlo. Se realiza estableciendo *feedback* de forma que no solo habla la enfermera sino que la participante colabora también. Se muestra un video [46] de duración 3 minutos de un caso de SAF con la finalidad de transmitir conocimientos de manera más didáctica para una mayor comprensión del concepto de SAF.

**-Recursos:**

- Humanos: 1 enfermera
- Materiales: ordenador, Internet, papel, 2 bolígrafos, 1 mesa, 2 sillas.
- Tiempo: 20 minutos

**-Lugar:** consulta de enfermería.

## Sesión 3:

**-Metodología:** conversación enfermera-participante de forma individual.

**-Descripción de la intervención:** en la tercera sesión se informa del concepto de métodos anticonceptivos, para que se deben usar y cuál es su importancia. Se realiza estableciendo *feedback* de forma que no solo habla la enfermera sino que la participante colabora también. Se le recomiendan páginas web para que pueda ampliar conocimientos ([www.centrojuven.org](http://www.centrojuven.org), Canal Salut de Gencat) ya que son páginas accesibles y muy completas en cuanto a información ya que la proporcionan de manera clara y comprensible. Además se muestran ejemplos de preservativo, preservativo femenino, diafragma, dispositivo intrauterino (DIU) de forma que puedan observarlos. Se le entrega preservativos gratuitamente.

**-Recursos:**

- Humanos: 1 enfermera
- Materiales: ordenador, Internet, papel, 2 bolígrafos, muestra de los anticonceptivos, preservativos, 1 mesa, 2 sillas.
- Tiempo: 20 minutos

**-Lugar:** consulta de enfermería.

Sesión 4:

**-Metodología:** conversación enfermera-participante de forma individual.

**-Descripción de la intervención:** la cuarta sesión es la última intervención. En ella se realiza un resumen de las sesiones anteriores. Se relaciona el uso anticonceptivo con el SAF y se aclaran dudas. Se informa de las medidas anticonceptivas que existen para evitar la exposición de alcohol en el feto si se produce un embarazo, sobre todo en las primera semana de embarazo que suelen ser de imprevisto y la mujer sigue consumiendo alcohol al no saber que está embarazada.

**-Recursos:**

- Humanos: 1 enfermera
- Materiales: ordenador, Internet, papel, 2 bolígrafos, 1 mesa, 2 sillas.
- Tiempo: 20 minutos

**-Lugar:** consulta de enfermería



### **2.2.3 Evaluación del programa**

#### Evaluación de proceso

-Indicadores: grado de satisfacción de las participantes, grado de utilidad de las intervenciones educativas.

-Instrumentos: observación durante las sesiones educativas mediante preguntas para evaluar el grado de satisfacción, escalas de opinión después de la sesión para evaluar el grado de utilidad de las intervenciones, cuestionario de conocimiento antes de la primera sesión y después de la última sesión. Cuestionario para evaluar los conocimientos al final de cada sesión.

#### Evaluación de impacto

-Indicador: conocimientos sobre los efectos a corto y largo plazo del consumo alcohol en el periodo de embarazo y conocimientos de la utilidad de las medidas anticonceptivas y su importancia para evitar nacimientos con SAF.

-Instrumentos: cuestionario de conocimiento antes de la primera sesión y después de la última sesión para poder evaluar los conocimientos adquiridos durante las intervenciones,

#### Evaluación de resultados

Esta evaluación no se puede llevar a cabo ya que no hay registros oficiales que contemplen el número de nacimientos con SAF en la localidad de Sant Boi de Llobregat y por lo tanto no se puede comparar lo que está pasando ahora con lo que pasaría dentro de 5 años.

Si se pudiera realizar se compararía el registro actual de nacimientos con SAF con el registro dentro de 5 años. Se contactaría con las mujeres que han participado en el programa y se estudiaría si alguna ha tenido un hijo con este síndrome en el margen de 5 años establecido en el objetivo general.

### 3. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Este trabajo ha sido elaborado para llevar a cabo un programa de salud dirigido a mujeres en edad fértil y que realizan un consumo de alcohol, en el cual se ha diseñado, siguiendo el modelo Precede, una serie de intervenciones con el fin de disminuir el número de nacimientos con SAF.

Elegí realizar un programa para la salud porque pienso que enfermería tiene un papel muy relevante como profesional sanitario para llevar a cabo la prevención en salud. Además, la prevención es una actuación imprescindible para evitar conductas no saludables que conllevan a la aparición de enfermedades.

En mi caso, si realizo prevención en modificar la conducta no saludable de consumir alcohol durante el embarazo, se evitará la aparición de nacimientos con SAF.

Desde el principio de elaborar el trabajo he tenido dificultades a la hora de investigar el SAF ya que apenas hay investigación llevada a cabo en España.

A la hora de planificar y desarrollar el programa me he encontrado con limitaciones para encontrar a participantes y realizarles una entrevista. Si pudiera retroceder me organizaría mejor y empezaría antes a realizar la investigación de campo ya que ha sido la parte más laboriosa del trabajo y la que ha ocupado mayor tiempo.

Además, me prepararía mejor las preguntas de la entrevista para poder captar más información y así tener un diseño del programa más desarrollado.

A pesar de las dificultades encontradas a lo largo de mi trabajo, he sabido resolverlas y estoy satisfecha con el programa que he elaborado.

De todo ello obtengo un gran aprendizaje sobre la investigación en bases de datos, la redacción del trabajo, la elaboración de un programa de educación para la salud, el diseño de las intervenciones teniendo en cuenta los problemas identificados y los objetivos a seguir.

Este programa podría tener una aplicación práctica para dar a conocer el SAF tanto en los profesionales de la salud como en la población, dar la importancia que tiene este síndrome y disminuir el número de nacimientos con SAF. De este modo, se realizarían líneas de investigación sobre el SAF y se daría más relevancia al aumento de consumo de alcohol en las mujeres, cada vez más incipiente.

Si en un futuro tuviera que realizar otro trabajo de final de grado volvería a escoger la tipología de un proyecto de educación para la salud ya que a pesar de que es muy laborioso, adquieres conocimientos y aprendes a identificar, mediante un estudio e investigación tanto a nivel epidemiológico como a nivel comunitario y comportamental, los problemas detectados en la población a estudiar, para así luego poder llevar a cabo una prevención efectiva.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a Pilar Fernández, tutora y docente de la Universidad Gimbernat, su ayuda y seguimiento en todo momento de mi trabajo final de grado. Ha revisado minuciosamente este trabajo y me ha dado la posibilidad de mejorarlo. He de agradecer sus comentarios, sugerencias y correcciones con las que he podido elaborar un programa para la salud durante este último año.

A las dos participantes del programa por prestar su tiempo a colaborar en el proyecto y autorizarme la realización de las entrevistas.

A los centros Remare, CAS Sant Feliu, CAS Horta y Hospital Benito Menni por la intención de facilitarme la autorización de entrevistas con usuarios de su centro. Hago especial mención a la persona voluntaria de la asociación Remare que me proporcionó los contactos, de manera desinteresada, para que pudiera llevar a cabo la realización de las entrevistas de mi programa.

## BIBLIOGRAFIA

1. Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum. Guia Dona i Drogodependències [Internet]. Islas Baleares; 2007 [citado 20 ene 2015]. Disponible en:  
<http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI89928&id=89928>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Lexicon of Alcohol and Drug Terms. 1994 [citado 20 ene 2015]. Disponible en:  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_lexicon/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/)
3. Menéndez EL. El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. Arxiu d'etnografia de Catalunya. 1984; 3: 85-119.
4. Ochoa E, Madoz A, Vicente N. Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. Rev Med segur trab. 2009; 55(214): 26-40.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Global status report on alcohol and health 2014 [citado 2 nov 2015]. Disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf)
6. Presas M. Radiografía del consumo de alcohol en el mundo. Periódico la Vanguardia. 31 jul 2015.
7. Nieva G, Gual A, Ortega LI, Mondón S. Alcohol y tabaco. Rev Adicciones. 2004; 16(2): 191-99.
8. Anderson P, Lars M, Gauden G. Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Edit. WHO. Conpenhagen, 2012 [citado 19 ene 2015]. Disponible en:  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/160680/e96457.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf)
9. Instituto Nacional de Estadística (INE). Madrid [citado 3 nov 2015]. Disponible en:  
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/a044/a101/&file=pcaxis>

10. OECD. Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy, OECD Publishing. 2015 [citado 15 ene 2015]. Disponible en: [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/tackling-harmful-alcohol-use\\_9789264181069-en#page4](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/tackling-harmful-alcohol-use_9789264181069-en#page4)
11. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Informe dels resultats per a Catalunya de l'Enquesta domiciliària sobre alcohol i drogues a Espanya (EDADES). [Internet] Barcelona; 2013 [citado 3 ene 2015]. Disponible en: [http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/INFORME-EDADES-2013\\_DEFINITIU\\_format\\_DS.pdf](http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/INFORME-EDADES-2013_DEFINITIU_format_DS.pdf)
12. Sánchez A, Quinto R, Pérez J, Jurado R, Martínez I, Ponce G, et al. Validación de la versión española del Test Stroop de Alcohol. *Anales de psicología*. 2015; 31(2): 504-23.
13. Colom J, Guala A, Contela M, Segura L, Martínez V. Consumo excesivo de alcohol. Evaluación de los objetivos del Plan de Salud de Cataluña para el año 2000. *Med Clin (Barc)*.2003; 121(Supl 1): 56-9.
14. Socidrogalcohol. Alcoholismo. Guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol. [Internet] Barcelona; 2013 [citado 2 feb 2016]. Disponible en: <http://www.socidrogalcohol.org/images/pdf/guia-alcohol-portada.pdf>
15. Vicente MT, Ruiz MB, Ramírez MV, Capdevila L, Terradillos MJ, Aguilar E, et al. Consumo de alcohol en España. Aspectos evolutivos. Una problemática con repercusión en salud pública. *Rev Medicina, Salud y Sociedad* [Internet]. 2015 [citado 2 nov 2015]; 5(2): 164-73. Disponible en: <http://cienciasdelasaluduv.com/revistas/index.php/mss/article/view/162/164>
16. Galán I, González MJ, Valencia J. Patrones de consumo de alcohol en España: un país en transición. *Rev Esp Salud Pública*. 2014; 88(4):529-40.
17. Valencia J, González MJ, Galán I. Aspectos metodológicos en la medición del consumo de alcohol: la importancia de los patrones de consumo. *Rev Esp Salud Pública*. 2014; 88(4): 433-46.

18. Malacari S. Nuevas formas de consumo. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. [Internet] 2010 [citado 7 nov 2015]. Disponible en: <http://www.aacademica.org/000-031/273.pdf>
19. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Situación actual del consumo de alcohol en España. Madrid [citado 2 feb 2016]. Disponible en: [http://www.embarazadasceroalcohol.es/situacion\\_actual\\_del\\_consumo\\_de\\_alcohol.html](http://www.embarazadasceroalcohol.es/situacion_actual_del_consumo_de_alcohol.html)
20. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2013. [Internet] Madrid [citado 14 nov 2015]. Disponible en: [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015\\_Informe\\_Estadisticas\\_EDADES.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_Informe_Estadisticas_EDADES.pdf)
21. Vagnarelli F, Palmi O, García M, Falcon L, Memo L, Tarani R, et al. A survey of Italian and Spanish neonatologists and paediatricians regarding awareness of the diagnosis of FAS and FASD and maternal ethanol use during pregnancy: BMC Pediatr [Internet] 2011; 11: 51.
22. Wilsnack RW, Vogeltanz ND, Wilsnack SC, Harris TR, Ahlstrom S, Bondy S. Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. Addiction [Internet] 2000; 95:251-65.
23. Suárez C, Morala G, Martínez B, John B, Musitu G. El patrón de consumo de alcohol en adultos desde la perspectiva de los adolescentes. Gac Sanit [Internet] 2016; 30(1): 11-7.
24. Solís LR, Medina ME. La utilización de los servicios de atención para la salud mental por Mujeres Mexicanas. Resultados de dos encuestas nacionales. Rev Salud Mental [Internet] 1994; 17(1):7-10.
25. Mariño MC, Berenzon S, Medina ME. Síndrome de dependencia al alcohol: comparación entre hombres y mujeres. Rev Salud Mental [Internet] 2005; 28(3): 33-9.
26. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanías. Mujer y Alcohol 2012 [citado 11 nov 2015]. Disponible en: <http://www.socidrogalcohol.org/>

27. Tan C, Denny C, Cheal N, Sniezek J, Kanny D. Alcohol Use and Binge Drinking Among Women of Childbearing Age — United States, 2011–2013. *MMWR* [Internet] 2015; 64(37):1042-46.
28. Martínez A. Alcohol y embarazo: intervención de enfermería en atención primaria. *Enferm glob.* [Internet] 2011 [citado 21 nov 2015]; 10(21). Disponible en:[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412011000100007&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412011000100007&script=sci_arttext)
29. González A, Reynoso R. Guía para el diagnóstico de trastornos asociados a la exposición prenatal al alcohol. Trastornos del feto alcoholizado (FASD). *Acta Pediatr Mex* [Internet] 2011; 32(3):180-82.
30. Hidalgo M. El pediatra ante el síndrome alcohólico fetal. Un trastorno infradiagnosticado. *Pediatría Integral.* [Internet] 2014; 18(19): 715-17.
31. Televisión Española (RTVE). Síndrome Alcohólico Fetal. Para Todos la 2: España [Audiovisual] 2015.
32. Canzino F, Zegarra J. Síndrome Alcohólico Fetal. *Rev Neuro-Psiquiatría* [Internet] 2003; 66: 302-12.
33. Organización Mundial de la Salud (OMS). Síndrome alcohólico fetal: esperanzas frustradas, vidas dañadas. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud.* [Internet] 2011; 89:398–99.
34. Fox DJ, Pettygrove S, Cunniff C, O’Leary LA, Gilboa SM, Bertrand J, et al. Fetal Alcohol Syndrome Among Children Aged 7–9 Years — Arizona, Colorado, and New York, 2010. *MMWR* [Internet] 2015; 64(3):54-7.
35. García O, Vall O, Puig C, Mur A, Scaravelli G, Pacifici R, et al. Exposición prenatal a drogas de abuso a través del análisis de meconio en una población de bajo nivel socioeconómico en Barcelona. *Anales de Pediatría* [Internet] 2009; 70(2): 151-58.
36. Subdirecció general de drogodependències. Agència de Salut Pública de Catalunya. Programa Beveu Menys. Barcelona; 2009 [citado 20 nov 2015]. Disponible en: <http://www.beveumenys.cat/>



37. Llibre blanc de la prevenció a Catalunya: consum de drogues i problemes associats. Subdirecció General de Drogodependències, Direcció General de Salut Pública, Generalitat de Catalunya. Barcelona; 2008 [citado 20 nov 2015].

Disponible en:

[http://www.cssbcn.cat/serveiDrogodependencia/contentBase/03/text\\_files/file/llibre%20blanc%20de%20la%20prevencio%C3%B3.pdf](http://www.cssbcn.cat/serveiDrogodependencia/contentBase/03/text_files/file/llibre%20blanc%20de%20la%20prevencio%C3%B3.pdf)

38. Llibre blanc de la prevenció a Catalunya: consum de drogues i problemes associats. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona; 2008 [citado 20 nov 2015]. Disponible en:

[http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/prevencio/bases/guiaprevencio6\\_11\\_deseembre2013.pdf](http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/prevencio/bases/guiaprevencio6_11_deseembre2013.pdf)

39. Velasquez MM, Ingersoll KS, Sobell MB, Floyd RL, Carter Sobell L, Von Stenberg K. A dual-focus motivational intervention to reduce the risk of alcohol-exposed pregnancy. Cogn Behav Pract. [Internet] 2010; 17(2): 203-12.

40. Ingersoll KS, Ceperich SD, Hettema JE, Farrell L, Penberthy JK. Preconceptional motivational interviewing interventions to reduce alcohol-exposed pregnancy risk. J Subst Abuse Treat (USA). [Internet] 2013; 44(4): 407-16.

41. Institut d' estadística de Catalunya. Barcelona [citado 3 nov 2015]. Disponible en:

<http://www.idescat.cat/emex/?id=082009&lang=es#h8000000000000000>

42. Ajuntament de Sant Boi de Llobregat. Observatori de la Ciutat. Sant Boi de Llobregat, Barcelona [citado 2 feb 2016]. Disponible en: [http://observatori.santboi.cat/DetallPublicacio/\\_shHHNiF7Ow1D5LgAfpJ041GUnp9MOlcqiSOSYpD5iak](http://observatori.santboi.cat/DetallPublicacio/_shHHNiF7Ow1D5LgAfpJ041GUnp9MOlcqiSOSYpD5iak)

43. Ministerio de Fomento. Análisis urbanístico de Barrios Vulnerables en España 08200 – Sant Boi de Llobregat [Internet] 2001 [citado 2 feb 2016]. Disponible en: <http://habitat.aq.upm.es/bbv/municipios/08200.pdf>

44. Ranjbaran S, Dehdari T, Sadeghniaat K, Maidabadi M. Mala calidad del sueño en pacientes después de una cirugía de revascularización coronaria: un estudio de intervención usando el modelo Precede-Procede. J Teherán Cent Corazón [Internet] 2015; 10(1): 1-8.

45. Rivera S, Villouta MF, Ilabaca A. Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en problemas prevalentes de la atención primaria? Aten Primaria [Internet] 2008; 40(5): 257-61.

46. La Vanguardia. El día a día de un niño con Síndrome Alcohólico Fetal. España [Audiovisual] 2015 [Citado 4 May 2016]. Disponible en: <http://www.lavanguardia.com/vida/20150113/54423283980/dia-dia-nino-saf.html>

## ANEXOS

### Anexo 1

*A continuación se le realizarán una serie de preguntas breves destinadas a ayudar en un proyecto de investigación universitario sobre la enfermedad del Síndrome Alcohólico Fetal. El cuestionario es anónimo. Le agradezco su colaboración.*

**¿Qué edad tiene?.....**

#### **Nivel de estudios:**

- Sin estudios
- Primaria o EGB
- Secundaria o ESO
- Formación profesional (FP)
- Formación universitaria

#### **Actividad laboral:**

- En paro
- Trabajo
- Especificar:.....

**¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?**

- Una o menos de una vez al mes
- De 2 a 4 veces al mes
- De 2 a 3 veces a la semana
- 4 o más veces a la semana

**¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?**

- 1 o 2
- 3 o 4
- 5 o 6
- De 7 a 9
- 10 o más

**¿Padece alguna enfermedad?**

- SI
- Especificar: .....
- NO

**¿Tiene hijos?**

- SI.  
-¿Cuántos?.....  
-¿Qué edad tienen?.....
- NO

**¿En caso de tener hijos, padecen alguna enfermedad?**

- SI  
-Especificar:.....
- NO

**¿Está embarazada actualmente?**

- SI.  
-¿Cuántos meses lleva de embarazo?.....
- NO

**¿Ha sufrido algún aborto?**

- SI.  
- ¿Cuántos abortos ha llevado a cabo? .....
- ¿Han sido voluntarios?.....
- NO

**¿Algún familiar, amigo o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?**

- SI
- NO

**¿Conoce el síndrome alcohólico fetal?**

- SI.  
-¿Quién y/o dónde le han informado?.....
- NO

**¿Utiliza algún método anticonceptivo? (Preservativo, píldoras, DIU...)**

- SI.  
-¿Qué método utiliza?.....
- NO