

**Trabajo de Fin de Grado**  
**Curso 2014/15**



**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**ASPECTOS PSICOSOCIALES  
EN EL EMBARAZO EN MUJERES  
MENORES DE EDAD EN ESPAÑA**

**Autora: Raquel Ibáñez Blanco**

**Tutora: Rosa María Hernández Salgado**

## **RESUMEN**

Me decidí a realizar mi Trabajo de Fin de Grado sobre los aspectos fisiológicos y emocionales en mujeres menores de edad porque considero que la gestación es uno de los momentos claves en la vida de cualquier mujer.

Esta situación se ve llevada al extremo cuando tiene lugar en una menor de edad. Aunque en principio pueda parecer algo lejano y puntual, podremos comprobar que es una situación más habitual de lo que esperamos. Además de los importantes cambios anatómicos y fisiológicos que se producen durante y después del embarazo, nos centraremos en cómo influye la gestación en los aspectos psicosociales y qué consecuencias tiene en el ámbito personal de la gestante.

Para llevarlo a cabo, realizaré una revisión bibliográfica, contacte también con algunos autores.

Reflejaré datos que observe durante mi rotación por Maternal en el Hospital Universitario Río Hortega.

Intentaré alcanzar varios objetivos, siendo el principal, identificar las causas socioculturales del embarazo.

Describiré los aspectos que se ven afectados por el embarazo, principalmente los socioculturales y emocionales, empleando datos sociodemográficos.

Como resultado realizaré un Plan de Cuidados Enfermeros aplicado sobre un caso simulado.

Concluyendo con la necesidad de realizar una educación sexual saludable en nuestros adolescentes.

- **Palabras clave:** Embarazo, pubertad, servicios sociales, gestación, menor de edad

## ÍNDICE

1) Introducción / Justificación .....	1
A) Material y Métodos .....	4
2) Objetivos .....	5
3) Desarrollo del Tema .....	6
A) Aspectos Fisiológicos del Embarazo .....	6
B) Aspectos Socioculturales de la Maternidad Temprana en España .....	8
C) Aspectos Psicológicos y Emocionales de la Gestación en la Adolescencia .....	10
D) Tabla de Datos .....	11
4) Resultados .....	12
A) Caso Clínico .....	12
B) Plan de Cuidados .....	13
5) Conclusión .....	23
6) Bibliografía .....	25

## 1) INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

La decisión de abordar este tema se gestó durante mi periodo de prácticas en la Unidad de Obstetricia. El tema de la maternidad siempre ha generado un gran interés en mí, pero especialmente cuando el embarazo se produce en ambos extremos de la edad fértil de la mujer.

Actualmente, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) del año 2013, la edad a la que las mujeres tienen su primer hijo fue de 30,2 años por término medio. Además, la edad media a la maternidad continuó ascendiendo y llegó a los 31,7 años (32,2 entre las españolas y 29,1 en extranjeras). Estas cifras se han mantenido más o menos estables hasta la actualidad.<sup>i</sup>

Salta a la vista que las mujeres españolas cada vez esperan más y se plantean el hecho de ser madres tardíamente. A pesar de ello, los casos de embarazo en mujeres que se encuentran en los extremos de la edad fértil siguen siendo muy llamativos.

Por un lado se encuentran las mujeres mayores de 40 años, las cuales normalmente requieren el empleo de servicios sanitarios para poder lograr el embarazo.

Por el otro lado, se encuentran las mujeres menores de edad, en las cuales centraremos toda nuestra atención para este trabajo. Es notable como en la gran mayoría de los casos, el embarazo en las adolescentes es indeseado. El contexto sociocultural de la adolescente tiene un peso considerable en la toma de decisiones tanto sexuales como reproductivas.

El embarazo constituye un acontecimiento biopsicosocial de gran importancia y trascendencia en la vida de la mujer. En las adolescentes cobra mayor importancia por los riesgos que puede conllevar tanto para la madre como para el hijo, y puede producir complicaciones invalidantes definitivas para el futuro en los planos orgánico, social y psicológico de las madres.<sup>ii</sup> Las razones que perpetúan este problema suelen ser una cuestión multifactorial basada en aspectos de comportamiento, de tradición, sociales, culturales o religiosos.<sup>iii</sup>

El contexto sociocultural en el que se desenvuelven las adolescentes ejerce una gran influencia sobre la conducta sexual: en el significado que los adolescentes atribuyen a la masculinidad y la feminidad, en el rol que desempeña cada miembro de la pareja en los encuentros sexuales, y en la toma de decisiones sexuales y reproductivas de las chicas.<sup>iv</sup>

Las adolescentes que no planearon su embarazo tienen la percepción de que su responsabilidad es relativa, y tienen tendencia a mostrar una actitud de conformismo y resignación. A pesar de esto, con el tiempo, estas adolescentes muestran una tendencia a racionalizar lo ocurrido, dándole sentido para ellas y asegurando que el hijo/a es deseado/a e incluso planeado/a.<sup>v</sup>

Por otro lado se encuentran las adolescentes que deseaban su embarazo pero que no tienen una imagen definida ni son conscientes de las consecuencias que éste supone. Las ideas previas sobre una gestación están básicamente referidas a cambios físicos, sin tener en cuenta otros cambios que ocurren durante y tras el embarazo.

Desde la perspectiva sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que un gran número de ellas se ven obligadas al abandono escolar, alcanzando un nivel de escolaridad bajo, que en un futuro le dificultará acceder al mercado laboral. Por otro lado, es importante también el número de adolescentes que habían cesado sus estudios de forma previa al embarazo. Sólo un pequeño porcentaje continúa acudiendo al centro de estudios.<sup>vi</sup>

En su gran mayoría, las adolescentes conocen los diferentes métodos anticonceptivos que existen en la actualidad, siendo el preservativo el más utilizado. A pesar de esto, el conocimiento de los anticonceptivos no asegura su utilización o una correcta manipulación. En otras ocasiones, las adolescentes pueden llegar a ceder en el no uso del preservativo ante presiones de su pareja, que dicen no sentir la misma satisfacción.<sup>vii</sup>

En cuanto a la educación sexual que reciben las adolescentes, habitualmente es dispersa, inespecífica e incluso errónea. La familia no suele ser una fuente positiva de información, ya que se transmiten más miedos y tabúes en lo que a la sexualidad se refiere. Lo que debería ser una fuente de conocimientos para una relación saludable se convierte en un agujero de educación sexual. En general, la mayor parte de la información es ofrecida en el ámbito escolar. Esto podría verse relacionado con el hecho de que muchas de las adolescentes hayan abandonado los estudios antes de haber recibido esta educación sexual. Todo esto desencadenaría una desinformación en cuanto a salud sexual, facilitando la posibilidad de embarazos no deseados en mujeres adolescentes.<sup>viii</sup>

Uno de los retos más difíciles para las adolescentes suele ser el hecho de tener que comunicar tanto a su pareja como a sus progenitores su situación de embarazo, especialmente a los padres.<sup>ix</sup> Es el miedo al rechazo o a la reprimenda es lo que más angustia a las adolescentes. A pesar de ello, en la mayoría de las ocasiones una vez superado el mal trago de enfrentarse a la situación, la mayoría refieren una mejora en la situación, llegando a ver de una manera más fácil todo lo que rodea a su nuevo estado. Perciben que tienen el apoyo de su entorno más cercano y que éste se mantendrá tras el alumbramiento. A pesar de las reacciones iniciales de los padres (que no suelen ser positivas en el primer momento), se percibe un acercamiento progresivo del núcleo familiar. El apoyo de las madres es un aspecto fundamental para sentir que su embarazo es aceptado. Con la evolución del embarazo, el proceso de entendimiento de los acontecimientos también aparece en las madres, que adoptan una actitud flexible y comprensiva para con sus hijas.<sup>x xi</sup>

Otro reto al que se enfrentan las adolescentes embarazadas es al temido “qué dirán”. Prácticamente todas las adolescentes embarazadas se convierten en el centro de atención, no sólo en su círculo social, si no también a su alrededor.

Estos múltiples aspectos son los que más han centrado mi atención en un acontecimiento tan importante en la vida de una mujer. Lo cual se ve acrecentado al producirse en una menor de edad ya que el embarazo se plantea en una situación totalmente diferente y por lo tanto, debe ser abordado de igual forma.

La labor de enfermería en el abordaje de los embarazos en adolescentes deberá ser integrando por todos los factores psicosociales de la futura madre. Por ello, he decidido ahondar un poco más en esta situación para abarcar en todo lo posible todos los aspectos psicosociales de la adolescente embarazada.

#### A) MATERIAL Y MÉTODOS

Para llevar a cabo este trabajo he realizado una revisión bibliográfica de diferentes autores que tratan las implicaciones y el impacto psicosocial del embarazo en edades tempranas.

Para comenzar, realicé una búsqueda literaria en las fuentes que se nos proporcionaron en diferentes seminarios. En la que más contenido bibliográfico encontré fue en SciELO. En alguna ocasión me he puesto en contacto directamente con los escritores originales de determinados artículos para solicitar algo más de información, la cual me proporcionaron de forma totalmente altruista.

La mayor dificultad que se ha presentado en la búsqueda de información ha sido la escasa escritura nacional sobre el tema, ya que la mayoría de artículos se refieren a población sudamericana, por lo que la búsqueda ha sido bastante laboriosa.

Posteriormente, desarrollaré un caso clínico simulado sobre el que realizaré una serie de intervenciones que me servirán como guía y que se podrá emplear de manera común en casos similares.

A la hora de realizar el caso clínico, me basé en los diagnósticos, intervenciones y actividades fijadas por el NANDA. Además, en las intervenciones se incluyen tareas de enfermería más focalizadas en el día a día de la mujer púérpera.

## 2) OBJETIVOS

Como **objetivo principal** a desarrollar en este trabajo he elegido:

- Identificar las principales causas socioculturales de la maternidad temprana en España analizando el embarazo en mujeres menores de 18 años

Los **objetivos secundarios** a desarrollar son los siguientes:

- Evaluar los riesgos que un embarazo a edad temprana suponen tanto para la madre como para el niño
- Conocer las implicaciones psicológicas ante la maternidad
- Unificar criterios de actuación en el caso de los partos en menores de edad a partir de un PAE



### 3) DESARROLLO DEL TEMA

#### A) ASPECTOS FISIOLÓGICOS DEL EMBARAZO

El **embarazo** se define como la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el parto pasando por la etapa de embrión y feto. El embarazo es uno de los momentos claves en la vida de una mujer, tanto física como socialmente. Por ello, los cambios producidos en el embarazo son cruciales. El control prenatal oportuno y adecuado es de vital importancia para las adolescentes embarazadas.

Sin embargo, estos cambios son más acusados y con una peligrosidad mayor en el caso de las madres en edad temprana debido a que el desarrollo fisiológico de la adolescente aún no es completo, por lo que los cambios fisiológicos debidos al embarazo producen un fuerte impacto en el cuerpo de las mismas, incluso, en estos casos, el embarazo en adolescentes se asocia con un aumento de la tasa de mortalidad y morbilidad tanto para la madre como para el bebé.<sup>xii</sup>

Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor de fallecer o sufrir complicaciones médicas graves como:

- **Placenta previa**: Implantación de la placenta en el segmento inferior del útero y con ello un mayor riesgo de sufrir un desprendimiento previo de placenta y la necesidad de realizar una cesárea cuando la gestación llegue a su fin.
- **Hipertensión inducida por la gestación (HIG)**: Consiste en la detección de una presión arterial diastólica superior o igual a 90 mmHg después de las 20 semanas de gestación, en dos ocasiones separadas por al menos 4 h, en una mujer previamente normotensa, sin proteinuria (presión arterial sistólica, mayor o igual a 140 mmHg y/o diastólica mayor o igual a 90 mmHg).
- **Parto prematuro**: Es el que se produce entre las semanas 22 y 37 de gestación, por lo que las complicaciones propias del nacimiento se ven aumentadas y, a su vez, los cuidados que estos recién nacidos provocan en las madres son mayores.

- **Anemia grave**: La anemia ferropénica, por deficiencia de hierro, es la más frecuente durante el embarazo (Normalmente esta deficiencia no afecta al feto, pero si la anemia es grave (el valor de la hemoglobina desciende por debajo de 7g/dL) puede repercutir negativamente en la gestación, y está relacionada con nacimientos prematuros, riesgo de infecciones, e incluso abortos y mortalidad perinatal.
- **Preeclampsia**: Se presenta con unos criterios de HIG con proteinuria en orina de 24 h igual o superior a 300 mg/l a partir de la semana 20 de gestación. El origen de la preeclampsia parece ser inmunológico, siendo la hipertensión una más de las consecuencias del rechazo al tejido placentario, pero no la causa de los problemas de este cuadro. Por este motivo, los EHE (estados hipertensivos del embarazo) no se resuelven hasta la finalización del embarazo.

Además, en este tipo de embarazos, los recién nacidos tienen una probabilidad mayor de tener bajo peso al nacer que aquellos cuyas madres tienen 20 años o más.

xiii

La prematuridad juega el mayor papel en el bajo peso al nacer. La mayoría de los neonatos clasificados como de alto riesgo, e ingresados en las unidades de cuidados intensivos, son prematuros. La inmadurez por prematuridad va asociada a muchos riesgos de salud y a posibles complicaciones que serán más importantes cuanto menor sea su peso y edad gestacional. La patología prevalente en los neonatos pretérmino deriva de la propia inmadurez, de la hipoxia, del acortamiento gestacional y de la ineficacia en la adaptación respiratoria posnatal tras la supresión de la oxigenación transplacentaria. La puntuación del test de Apgar suele ser más baja y necesitan reanimación neonatal. Además, debido a la prematuridad, el recién nacido puede presentar un mayor riesgo de patologías cardiovasculares, respiratorias, digestivas, neurológicas, hematológicas...

## B) ASPECTOS SOCIOCULTURALES DE LA MATERNIDAD TEMPRANA EN ESPAÑA

Actualmente en España, la edad media a la que las mujeres tienen a su primer hijo a los 31'7 años (según datos del informe del INE de 2013). Esto se debe en gran parte a un cambio en la mentalidad de la sociedad española, en la que se opta por tener primero una estabilidad laboral y económica. Una vez obtenida dicha estabilidad, es el momento en el que por lo general, la mujer española se decide a tener su primer hijo.

Sin embargo, por diferentes factores, las mujeres pueden tener su primer hijo antes de la mayoría de edad. En la gran mayoría de los casos, este embarazo no es deseado por la menor, suponiendo un gran impacto para ellas, constituyendo para las jóvenes embarazadas un problema más social que médico.<sup>xiv</sup> En nuestro país se considera que alrededor del 60-70% de los embarazos adolescentes son no deseados. En España, la tasa de embarazo adolescente se mantiene más o menos estable, presentando una tendencia a su disminución y un incremento de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE).

Las principales y posibles causas de un embarazo en la adolescencia suelen ser:

- El inicio temprano de la sexualidad
- La falta de uso de métodos anticonceptivos y su difícil acceso a ellos
- Ausencia de información o de una deficiente educación sexual
- Consumo temprano de alcohol y otras drogas
- Problemas a nivel personal: baja autoestima, sentimientos de soledad, sensación de no sentir apoyo o no sentirse valorado por los demás...

El contexto sociocultural<sup>xv</sup> en el que se desenvuelven las adolescentes ejerce una gran influencia sobre la conducta sexual: en el significado que los adolescentes atribuyen a la masculinidad y la feminidad, en el rol que desempeña cada miembro de la pareja en los encuentros sexuales, y en la toma de decisiones sexuales y reproductivas de las chicas.

No es extraño que en muchos de los casos las adolescentes refieren que se han visto presionadas por su compañero sexual a la hora de la no utilización de métodos anticonceptivos (especialmente el preservativo).

Otro reto al que se enfrentan las adolescentes embarazadas es al temido “qué dirán”. Prácticamente todas las adolescentes embarazadas se convierten en el centro de atención, no sólo en su círculo social, sino también a su alrededor. En la población adolescente, la aceptación social presenta una gran importancia, por ello, la necesidad de aceptación por el grupo muchas veces se ve truncada por el embarazo adolescente, viéndose “abandonada” por dicho grupo.<sup>xvi</sup>

El embarazo en las mujeres menores de edad genera también unas repercusiones en el futuro de la madre. No sólo en lo que al cuidado del bebé se refiere, si no en el aspecto de educación de la madre y de la introducción de ésta al mercado laboral. La gran mayoría de las madres adolescentes se ven obligadas a abandonar los estudios durante el embarazo, por lo que su nivel de estudios se verá afectado debido al embarazo. Por otro lado, también son muchas las que con el paso del tiempo vuelven a retomar los estudios para poder obtener la titulación escolar básica. Al cesar la actividad escolar, se ven afectadas también las relaciones sociales que involucran a la adolescente, así como el poder realizar las actividades y la vida cotidiana de una persona de su edad.

## C) ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES DE LA GESTACIÓN EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia siempre se ha considerado una época tormentosa a nivel global en el individuo, tanto a nivel físico como a nivel emocional. Es en la adolescencia cuando las personas empiezan a abrirse al mundo, se crean relaciones fuera del entorno familiar, se quieren probar cosas nuevas y aparece el sentimiento de “reafirmarse” como individuo. Por ello, las emociones y los sentimientos de los adolescentes siempre están a flor de piel. Esta situación se ve llevada a su máxima expresión cuando una menor de edad se queda embarazada. A los cambios físicos y hormonales propias de la adolescencia se suman los cambios producidos por el embarazo.

El momento crítico para la menor embarazada se produce siempre a la hora de comunicar el embarazo tanto a la pareja como a los padres. El miedo al rechazo y a la reacción se presenta de manera constante en las embarazadas precoces. En el caso de los padres, la gran mayoría de las veces se involucran y muestran una actitud de comprensión ante la nueva situación, a pesar de que la primera reacción suele ser violenta, de rechazo y generando un alto nivel de frustración en el ambiente familiar. A pesar de todo, una vez que los progenitores han asimilado y aceptado el estado de su hija, el ambiente se muestra protector y se involucra en los cuidados del embarazo.

En el caso de la pareja o del compañero sexual suelen presentarse más inconvenientes y se produce una mayor tasa de abandono. Normalmente, el padre también es adolescente, por lo que la reacción puede ir encaminada en dos direcciones bien diferenciadas: pueden hacerse cargo del futuro hijo o desvincularse de su futura paternidad. En el caso en el que el padre decide hacerse cargo, se produce una preocupación por que tanto a la madre como al bebé no les falte de nada, buscando un empleo con el cual puedan sustentarse independientemente dentro de lo posible. Por el contrario, el padre biológico puede no sentirse preparado para llevar su nuevo estado, por lo que se desentiende de toda responsabilidad para con la madre y el bebé.

## D) TABLA DE DATOS

Para analizar la situación actual de los embarazos en mujeres adolescentes, se me han facilitado los casos que han sucedido por la planta de Obstetricia del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid durante un periodo de 3 meses. De esta forma se puede ver que el embarazo adolescente no es algo ni excepcional ni alejado de nuestro entorno.

Como se puede observar, la etnia se relaciona sustancialmente con un gran peso en el número de casos de embarazos prematuros. En algunas ocasiones, no se trata del primer embarazo, si no que alguna de las gestantes no era primípara. Cabe destacar el hecho de la necesidad de recibir ayuda de los servicios sociales disponibles. Durante la gestación (especialmente durante el tercer trimestre), sólo el 55% de las embarazadas de la muestra solicitan ayuda de los servicios sociales, mientras que tras el parto, son el 73% las que acuden a los servicios sociales en busca de ayuda.

<i>EDAD</i>	<i>ETNIA NACIONALIDAD</i>	<i>PAREJA</i>	<i>SERVICIOS SOCIALES DURANTE LA GESTACIÓN</i>	<i>TIPO DE PARTO</i>	<i>SERVICIOS SOCIALES TRAS EL PARTO</i>
17	Gitana	NO	NO	Parto	SÍ
18	Gitana	NO	NO	Parto	SÍ
16	Gitana	SÍ	SÍ	Parto	SÍ
16	Gitana	NO	SÍ	Parto	SÍ
19	Rumanía	NO	SÍ	Cesárea	NO
18	Rumanía	NO	SÍ	Parto	SÍ
19	Bulgaria	NO	SÍ	Parto	NO
19	Marruecos	SÍ	NO	Parto	NO
18	España	NO	SÍ	Parto	SÍ
17	España	NO	NO	Cesárea	SÍ
17	España	SÍ	NO	Parto	SÍ

## 4) RESULTADOS

A continuación describiré un caso clínico simulado y posteriormente desarrollaré un PAE al respecto.

### A) CASO CLÍNICO

Marta es una chica de 17 años, cursa 1º de Bachillerato, tiene pareja desde hace 7 meses. Tras mantener relaciones sexuales sin protección, se quedó embarazada. Tras un embarazo de 36+4 semanas, da a luz por parto eutócico pero prematuro.

- **Antecedentes Personales:** Marta es la hija pequeña de un matrimonio de padres separados, es la menor de 6 hermanos (4 hermanas y un hermano). Su situación familiar es problemática, no se siente valorada ya que cree que *“en casa a nadie le importa lo que me pase”*. Desde hace 7 meses mantiene una relación con Jorge, su novio del instituto. Tras mantener relaciones sexuales sin protección *“Él dice que no es lo mismo”*, Marta se queda embarazada. Cuando le cuenta a su novio que está embarazada, éste se asusta *“yo paso de críos, tú verás lo que haces”* y deja a Marta. Marta intenta pedir ayuda a una de sus hermanas mayores, le cuenta lo que ha pasado y su hermana le insiste en pedir ayuda a sus padres. Tras una discusión con sus padres al exponerle su situación, sus padres le transmiten que se sienten algo decepcionados, pero aseguran que la ayudarán sea cual sea su decisión. Tras elegir continuar con la gestación, Marta continúa su embarazo intentando llevar una vida normal, pero se ve obligada a dejar el instituto *“en clase todos me miran raro y Jorge no quiere saber nada de mí, el instituto es un infierno, encima con esto del embarazo no me veo capaz de estudiar”*. Marta recibe mucho apoyo de su grupo de amigas que, aunque *“fliparon cuando se lo dije, pensaba que iban a salir pitando ellas también”*, se interesan mucho por ella y procuran que Marta se distraiga y cambian muchas veces de planes para que ella pueda salir. Tras un embarazo de 36+4 semanas, Marta da a luz en un parto prematuro eutócico a una niña de 2,180 kg y 45cm.
- **Antecedentes Médicos:** Buen estado de salud en general, intervenida quirúrgicamente de apendicitis a los 12 años. Calendario vacunal completo. Presenta diabetes gestacional y anemia ferropénica durante el embarazo.
- **Tratamiento Farmacológico:** Durante el embarazo, toma suplementos vitamínicos, ácido fólico y complementos de hierro.

## B) PLAN DE CUIDADOS <sup>xvii</sup>

- **Diagnóstico de Enfermería:** Patrón sexual inefectivo relacionado con déficit de conocimientos o habilidades sobre respuestas alternativas a transiciones relacionadas con la salud, alteración de la estructura o funciones corporales, enfermedad o tratamiento médico, miedo al embarazo y modelo de rol inefectivo manifestado por conflictos que implican valores
- **Diagnóstico NANDA:** 00065 Patrón sexual inefectivo
  - Características Definitorias: Conflictos que implican valores
  - Factores Relacionados
    - Déficit de conocimientos o habilidades sobre respuestas alternativas a transiciones relacionadas con la salud, alteración de la estructura o funciones corporales, enfermedad o tratamiento médico
    - Miedo al embarazo
    - Modelo del rol inefectivo
- **Resultado NOC:**
  - 0114 Maduración física: femenina
  - 1200 Imagen corporal
    - 120001 Imagen interna de sí mismo
    - 120002 Congruencia entre realidad corporal, idea corporal e imagen corporal
    - 120003 Descripción de la parte corporal afectada
    - 120004 Voluntad para tocar la parte corporal afectada
    - 120005 Satisfacción con el aspecto corporal
    - 120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico
    - 120009 Adaptación a cambios en el estado de salud
    - 120010 Voluntad para utilizar estrategias que mejoren el aspecto



- 120012 Voluntad para usar estrategias para mejorar la función
- 1205 Autoestima
- 1501 Ejecución del rol
- **Intervención NIC**
  - 4340 Entrenamiento de la asertividad
  - 4920 Escucha activa
    - 492001 Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación
    - 492005 Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como contenido de la conversación
    - 492007 Estar atento a la propia actividad física en la comunicación de mensajes no verbales
    - 492008 Estar atento a las palabras que se evitan, así como los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas
    - 492009 Estar atento al tiempo, tono, volumen, entonación o inflexión de la voz
    - 492010 Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura
    - 492011 Favorecer la expresión de sentimientos
    - 492012 Identificar los temas predominantes
    - 492013 Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones
    - 492016 Verificar la comprensión del mensaje
  - 5000 Relaciones complejas en el hospital
  - 5210 Guía de anticipación
    - 521001 Ayudar al paciente a adaptarse anticipadamente a los cambios de papeles

- 521002 Ayudar al paciente a decidir la forma de solucionar el problema
- 521004 Ayudar al paciente a identificar la posible aparición de crisis en desarrollo y/o circunstancial y los efectos que tal crisis podría tener en la vida personal y familiar
- 521009 Involucrar a la familia/seres queridos, si procede
- 521014 Proporcionar al paciente una referencia preparada si procede (p.ej: panfletos, materiales educativos)
- 5220 Potenciación de la imagen corporal
  - 522001 Ayudar a determinar la influencia de los grupos a los que pertenece en la percepción del paciente de su imagen corporal actual
  - 522002 Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento
  - 522004 Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la pubertad, si resulta oportuno
  - 522005 Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por un embarazo normal, si procede
  - 522006 Ayudar al paciente a discutir los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debidos a estados congénitos, lesiones, enfermedades o cirugía
  - 522007 Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto
  - 522008 Ayudar al paciente a identificar las partes del cuerpo que ofrecen percepciones positivas relacionadas con ellas
  - 522009 Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, si procede
  - 522014 Determinar las expectativas corporales del paciente, en función del estadio de desarrollo
  - 522015 Determinar las percepciones del paciente y de la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad

- 522022 Identificar grupos de apoyo disponibles para el paciente
- 522023 Identificar las estrategias de adaptación utilizadas por los padres en respuesta a los cambios de aspectos de sus hijos
- 522027 Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio
- 522032 Utilizar una guía previsoras en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles
- 5230 Aumentar el afrontamiento
  - 523007 Animar al paciente a desarrollar relaciones personales
  - 523008 Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento
  - 523009 Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades
  - 523010 Animar la implicación familiar, si procede
  - 523021 Ayudar al paciente a resolver los problemas de una manera constructiva
  - 523046 Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación
  - 523050 Valorar las necesidades / deseos del paciente de apoyo social
- 5240 Asesoramiento
  - 524001 Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno
  - 524002 Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos
  - 524006 Determinar como afecta al paciente el comportamiento de la familia
  - 524007 Disponer de intimidad para asegurar la confidencialidad
  - 524011 Expresar oralmente las discrepancias de los sentimientos y conducta del paciente

- 524012 Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades, si procede
- 524013 Favorecer la expresión de sentimientos
- 524017 Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones
- 524018 Proporcionar información objetiva, según sea necesario y si procede
- 524019 Reforzar nuevas habilidades
- 5248 Asesoramiento sexual
- 5270 Apoyo emocional
  - 527002 Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza
  - 527003 Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza
  - 527004 Comentar la experiencia emocional con el paciente
  - 527005 Comentar las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa o vergüenza
  - 527006 Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias
  - 527008 Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional
  - 527011 Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad
  - 527012 Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena
  - 527013 Proporcionar ayuda en la toma de decisiones
  - 527014 Remitir a servicios de asesoramiento si se precisa

- 5370 Potenciación de roles
  - 537001 Animar al paciente a identificar una descripción realista del cambio de rol
  - 537003 Animar al paciente a identificar estrategias positivas en los cambios de papeles
  - 537006 Animar al paciente a identificar los diversos papeles en la vida
  - 537007 Animar al paciente a identificar los roles habituales en la familia
  - 537009 Animar al paciente a imaginar como podría producirse una situación particular y cómo evolucionaría un rol
  - 537017 Facilitar la oportunidad al paciente de que practique el rol con nuevas conductas
  - 537018 Facilitar las interacciones grupales de referencia como parte del aprendizaje de los nuevos roles
- 5390 Potenciación de la conciencia de sí mismo
  - 539001 Animar al paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos
  - 539002 Ayudar al paciente a aceptar su dependencia de otros, si es el caso
  - 539004 Ayudar al paciente a darse cuenta de que cada ser es único
  - 539006 Ayudar al paciente a identificar la fuente de motivación
  - 539008 Ayudar al paciente a identificar las prioridades en la vida
  - 539009 Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipiten su ansiedad
  - 539010 Ayudar al paciente a identificar los atributos positivos de sí mismo
  - 539011 Ayudar al paciente a identificar los sentimientos de culpa
  - 539012 Ayudar al paciente a identificar los sentimientos habituales que tiene de sí mismo

- 539013 Ayudar al paciente a identificar los valores que contribuyen al concepto de sí mismo
- 539014 Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo
- 539015 Ayudar al paciente a ser consciente de sus frases negativas sobre sí mismo
- 539016 Confrontar los sentimientos ambivalentes (enojado o deprimido) del paciente
- 539017 Explorar con el paciente la necesidad de control
- 539018 Facilitar la expresión de sí mismo con grupos de gente en estado similar
- 539019 Facilitar la identificación de su forma de respuesta habitual a diversas situaciones por parte del paciente
- 5400 Potenciación de la autoestima
  - 540003 Animar al paciente a identificar sus virtudes
  - 540005 Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta
  - 540007 Ayudar al paciente a identificar el impacto que tiene el grupo de similares sobre los sentimientos de su propia valía
  - 540009 Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás
  - 540012 Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios
  - 540013 Determinar la posición de control del paciente
  - 540018 Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima
  - 540019 Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo, si procede
  - 540026 Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, si procede
  - 540027 Reafirmar las virtudes personales que identifiquen al paciente

- 5430 Grupo de apoyo
  - 543001 Alentar las remisiones correspondientes a los profesionales por cuestiones informativas
  - 543006 Crear una atmósfera relajada y de aceptación
- 5440 Aumentar los sistemas de apoyo
  - 544001 Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias
  - 544002 Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo
  - 544003 Determinar el grado de apoyo económico de la familia
  - 544004 Determinar el grado de apoyo familiar
  - 544005 Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes
  - 544007 Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso
  - 544008 Evaluar la conveniencia de los recursos comunitarios para identificar virtudes y defectos
  - 544009 Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar
  - 544011 Implicar a la familiar / seres queridos / amigos en los cuidados y la planificación
  - 544012 Observar la situación familiar actual
  - 544013 Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo
- 5480 Clarificación de valores
  - 548001 Animar al paciente a hacer una lista de lo que es y no es importante en la vida y del tiempo que ocupa en cada aspecto
  - 548003 Apoyar la decisión del paciente, si procede
- 5622 Enseñanza: sexo seguro
  - 562201 Animar al paciente a ser selectivo a la hora de elegir compañeros sexuales

- 562203 Discutir con el paciente la forma de convencer al compañero para que use preservativos
- 562205 Discutir las actitudes del paciente acerca de los diversos métodos de control de la natalidad
- 562206 Enseñar al paciente a elegir preservativos y mantenerlos intactos, si procede
- 562207 Fomentar el uso de preservativos
- 562210 Instruir al paciente en productos espermicidas que puedan atajar las enfermedades de transmisión sexual
- 562211 Instruir al paciente sobre el uso de métodos de control de la natalidad efectivos, según cada caso
- 562212 Instruir a la paciente sobre la colocación y extracción correcta de los preservativos
- 562213 Instruir al paciente sobre la importancia de una buena higiene, lubricación y eliminación de orina después de la relación para disminuir la susceptibilidad a infecciones
- 562214 Planificar clases de educación sexual para grupos de pacientes
- 562215 Proporcionar al paciente productos espermicidas y preservativos
- 562216 Remitir al paciente con problemas o preguntas sexuales al cuidador sanitario correspondiente, si procede
- 562217 Subrayar la importancia de conocer el historial sexual del compañero, si resulta oportuno
- 5624 Enseñanza: sexualidad
- 5820 Disminución de la ansiedad
  - 582005 Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos
  - 582006 Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados
  - 582007 Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad



- 582008 Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina
  - 582010 Crear un ambiente que facilite la confianza
  - 582011 Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente
  - 582012 Escuchar con atención
  - 582013 Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones
  - 582014 Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente
  - 582017 Identificar los cambios en el nivel de ansiedad
  - 582018 Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación
  - 582023 Reforzar el comportamiento, si procede
  - 582024 Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una citación estresante
  - 582025 Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad
- 
- 6760 Preparación al parto
  - 6784 Planificación familiar: anticoncepción
  - 6930 Cuidados posparto
  - 6960 Cuidados prenatales

## C) CONCLUSIÓN

Como hemos podido comprobar a lo largo del TFG, el embarazo en menores de edad no es algo esporádico ni puntual, sino que es más frecuente de lo que se podría considerar en un principio. El embarazo en adolescentes sigue siendo un problema de considerable relevancia a la hora de abordar la educación sexual en nuestro país.

La gestación siempre es un momento clave en la vida de una mujer, acentuándose su relevancia cuando esta se produce en una adolescente. Además de todos los cambios anatómicos y fisiológicos propios del embarazo, la mayor parte de las complicaciones que se desarrollan en las gestantes se focalizan en la esfera psicoemocional y las consecuencias que tienen para el futuro desarrollo adulto de la madre y, en consecuencia, del recién nacido.

Por ello, es fundamental tener en cuenta dichas alteraciones psicosociales a la hora de elaborar el plan de cuidados para la atención de estas mujeres.<sup>xviii</sup>

La elaboración del plan de cuidados basado en las guías de la NANDA deberá ser el eje central sobre el que girarán todas las intervenciones de enfermería, ya que éstas nos capacitan para adquirir competencias que desarrollaremos a lo largo de nuestra actividad laboral.

A pesar de ello, no debemos pasar por alto el hecho de que la nomenclatura de la NANDA es una nomenclatura enfermera, y por tanto, es un lenguaje empleado exclusivamente por las profesionales de enfermería.

Por ello, es importante tener en consideración la posibilidad de realizar una guía de intervenciones y actividades directas sobre las adolescentes, empleando un lenguaje y unos términos más cercanos y comprensibles para ellas, de esta forma, nos aseguramos de que el mensaje llega a la población diana de tal manera que pueda ser tanto comprendido como interiorizado y llevado a cabo. Focalizando en este aspecto, considero que las charlas y clases sobre educación sexual<sup>xix</sup> desde edades tempranas y no sólo en la adolescencia<sup>xx</sup>, son esenciales y deben ser el guión que favorecerá una vida sexual madura, sana y satisfactoria entre nuestros jóvenes.<sup>xxi</sup>

Dada la gran importancia y relevancia de lo anterior, considero que este sería tema para un trabajo de mayor extensión que mi Trabajo de Fin de Grado.

La importancia de una correcta educación para la salud en todos los miembros de nuestra sociedad es, en mi opinión, el pilar para el desarrollo de nuestra profesión.

## D) BIBLIOGRAFÍA

- <sup>i</sup> Instituto Nacional de Estadística: Nota de Prensa (Internet). Disponible en <http://www.ine.es/prensa/np851.pdf> Último acceso el 14 de Noviembre de 2014.
- <sup>ii</sup> Colomer Revuelta J y Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322013000400016&lang=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000400016&lang=pt) Último acceso el 03 de Febrero de 2015
- <sup>iii</sup> Álvarez Nieto C, Pastor Moreno G, Linares Abad M, Juan Serrano Martos J y Rodríguez Olalla L. Motivaciones para el embarazo adolescente. Gaceta Sanitaria vol.26 no.6 Barcelona nov.-dic. 2012. Último acceso el 27 de Diciembre de 2014.
- <sup>iv</sup> Serrano Martos J, Álvarez Nieto C, Pastor Moreno G, Linares Abad M y Rodríguez Olalla L. Pautas anticonceptivas y embarazo adolescente. 2008. Último acceso el 03 de Febrero de 2015.
- <sup>v</sup> Álvarez Nieto C, Pastor Moreno G, Linares Abad M, Serrano Martos J y Rodríguez Olalla L. Deseabilidad de embarazo en adolescentes. Análisis del discurso. 2009. Último acceso el 03 de Abril de 2015.
- <sup>vi</sup> CSIC, Fundación Española de Contracepción: La maternidad adolescente en España. 2009-2010. Último acceso el 23 de Abril de 2015.
- <sup>vii</sup> Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia: Aspectos básicos y clínicos. Sociedad Española de la Contracepción. 2001. Último acceso el 10 de Enero de 2015.
- <sup>viii</sup> Rodríguez Olalla L, Pastor Moreno G, Linares Abad M, Serrano Martos J y Álvarez Nieto C. “Creencias sobre el embarazo de las gestantes adolescentes” Comunicación oral presentada en el XII Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería y 6º Coloquio BIANUAL Joanna Briggs, celebrado en Córdoba, del 12 al 15 de Noviembre y publicada en el libro de actas con ISBN: 10-978-84-691-6757-1; pp.195-197. 2008. Último acceso el 03 de Febrero de 2015.

- <sup>ix</sup> Álvarez Nieto C, Pastor Moreno G, Linares Abad M, Serrano Martos J y Rodríguez Olalla L. Maternidad temprana: percepciones e implicaciones de las madres de las adolescentes. 2014. Último acceso el 21 de Enero de 2015.
- <sup>x</sup> Álvarez Nieto C, Pastor Moreno G, Linares Abad M, Serrano Martos J y Rodríguez Olalla L. Ser abuela joven: el impacto de cuidar en la salud. 2011. Último acceso el 30 de Enero de 2015.
- <sup>xi</sup> Serrano Martos J, Álvarez Nieto C, Pastor Moreno G, Linares Abad M y Rodríguez Olalla L. Consecuencias positivas del embarazo adolescente ¿Es posible?. 2011. Último acceso el 08 de Febrero de 2015.
- <sup>xii</sup> Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio. Guías de práctica Clínica en el SNS, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014. Último acceso el 20 de Marzo de 2015.
- <sup>xiii</sup> Morillo J.B, Montero L. Lactancia materna y relación materno filial en madres adolescentes. 2010. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412010000200019&lang=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200019&lang=pt) Último acceso el 09 de Abril de 2015.
- <sup>xiv</sup> Portella E, Castillo A. Aspectos sociales del embarazo en adolescentes. Último acceso el 23 de Abril de 2015.
- <sup>xv</sup> Yago Simón T. y Tomás Aznar C. Variables sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años. Rev. Esp. Salud Publica vol.88 no.3 Madrid mayo-jun. 2014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000300009> Último acceso el 12 de Marzo de 2015.
- <sup>xvi</sup> Gómez Ziapain j. Riesgo de embarazo no deseado en la adolescencia y juventud. Último acceso el 23 de Febrero de 2015
- <sup>xvii</sup> NANDA. Disponible en: [www.nanda.es](http://www.nanda.es) Último acceso el 16 de Marzo de 2015
- <sup>xviii</sup> Atención al parto normal: Guía dirigida a mujeres embarazadas, a futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares. 2010. Último acceso el 11 de Marzo de 2015

<sup>xix</sup> Rodrigues M.G.S, Cosentino S.F, Rossetto M, Maia K.M, Pautz M, Silva V.C. Talleres educativos en sexualidad del adolescente: la escuela como escenario. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412010000300009&lang=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300009&lang=pt) Último acceso el 08 de Marzo de 2015.

<sup>xx</sup> Royuela Ruiz P. Comportamientos sexuales de los adolescentes de Castilla y León. Datos para valorar la edad de vacunación del Virus del Papiloma Humano. Último acceso el 01 de Mayo de 2015.

<sup>xxi</sup> Moreno Villares J.M. Consideraciones al tema "Prevención del embarazo en la adolescencia". Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322014000100020&lang=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322014000100020&lang=pt) Último acceso el 13 de Enero de 2015.