

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia
División de Enfermería y Fisioterapia



GRADO EN ENFERMERIA

Curso Académico: 2013

Trabajo Fin de Grado

EMBARAZO NO DESEADO EN LA ADOLESCENCIA

Autora: M^aJOSÉ FERNÁNDEZ BLÁNQUEZ

Tutora: ROSA MARÍA ZAPATA BOLUDA

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	1
ESTADO DE LA CUESTIÓN	6
OBJETIVOS.....	12
METODOLOGÍA	12
DESARROLLO	13
PLAN DE CUIDADOS	15
DISCUSIÓN.....	19
CONCLUSIÓN	21
BIBLIOGRAFÍA.....	22
ANEXOS	

RESUMEN

El embarazo en la adolescencia no deseado tiene una serie de complicaciones. La influencia de la familia, amigos y el apoyo de su pareja son fundamentales para afrontar la situación. Los cambios en la mujer durante la adolescencia son cada vez más precoces, incluyendo las relaciones sexuales y la adquisición de enfermedades transmisibles, por ello identificamos los riesgos y determinamos el grupo donde se producen con más frecuencia. Hemos desarrollado un plan de cuidados incluyendo objetivos e intervenciones recomendadas, al igual que un plan de acción para así prevenir el embarazo en adolescentes. Tras el estudio realizado se ha concluido que el embarazo en la adolescencia tiene una gran repercusión tanto para la madre adolescente como para el bebe, ya que el organismo no está preparado para concebir.

INTRODUCCIÓN

Ante el aumento de incidencia de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y demanda de anticonceptivos de emergencia (AE) en los últimos años, en Atención Primaria⁽¹⁾, se están realizando programas a la mujer, atendidos por médicos y enfermeros, para así, evitar el incremento de embarazo no deseado en adolescentes.

Cuando hablamos de embarazo en la adolescencia, nos referimos al total de embarazos ocurridos en chicas de edad en las que aún no son adultas y cuando desde el punto de vista psicosocial, todavía no son aptas para la maternidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana de 12 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad.⁽²⁾

La adolescencia temprana se caracteriza por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales. Buscan autonomía e independencia, marcada curiosidad sexual y conflictos con la familia. También son frecuentes los cambios bruscos en su conducta y emotividad.⁽³⁾

Respecto a la adolescencia tardía, en esta etapa ya se ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo, comienza a tomar decisiones. Ha alcanzado un mayor control de impulsos inclusive de su vida sexual, por lo que ya está más cerca de ser un adulto joven.

La influencia de la educación familiar es fundamental, la falta de comunicación explica el ocultamiento de la gestación por las adolescentes⁽⁴⁾. La ausencia de apoyo de la pareja constituye un riesgo importante, impidiendo afrontar la situación.

La familia, aunque no acepte el embarazo, constituye el eslabón fundamental para brindar apoyo y lograr su equilibrio personal.

Nuestra búsqueda de los diferentes artículos recopilados y expuestos en la bibliografía con evidencia científica, revelan que hay que intensificar la labor educativa sobre la sexualidad en el nivel primario de atención, mediante charlas directas con los jóvenes.

Los últimos datos publicados por el Ministerio de Sanidad, indican que el número de abortos realizado en nuestro país ha aumentado 118,359 IVE en 2011, con un incremento de 5,328 con respecto a 2010, por lo que la realización de campañas de educación para la salud podrían evitar cifras anuales de embarazo no deseado en la adolescencia.⁽⁵⁾

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero en la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atender contra la salud de la madre y la de su futuro hijo.⁽⁶⁾

Algunos autores como Cortes Alfaro, Soido Rivera, Cuyumba Abreu, García Roche, Casto Gil, refieren que es frecuente que los adolescentes ignoren los riesgos y daños que pueden ocasionar las relaciones sexuales desordenadas, entre ellas el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual.⁽⁷⁾

Durante el embarazo en la adolescencia hay una serie de implicaciones biológicas, familiares, psicológicas, económicas. También hay que destacar los factores de riesgo como la eclampsia, anemia, parto prematuro y tener un recién nacido de bajo peso⁽⁸⁾. El estado emocional y social genera un estado de desequilibrio temporal y de adaptación. Están en un proceso de cambio de pasar de ser niñas a ser adultas.⁽⁹⁾

Las principales consecuencias no deseables de las relaciones sexuales entre adolescentes son las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados. Es importante estudiar la actividad sexual de los adolescentes para así hacer hincapié en las campañas de educación.^(10,11)

Motivos como el no tener apoyo de la pareja o de la familia⁽¹²⁾, son lo que llevan a las jóvenes adolescentes a la interrupción voluntaria del embarazo. La edad, el número de compañeros sexuales, el no uso de anticoncepción son factores influyentes.⁽³⁾

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que cronológicamente se inicia por cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales.

En la adolescencia el desarrollo sexual está caracterizado por la maduración de los órganos sexuales secundarios y el inicio de la capacidad reproductiva.⁽⁶⁾

Actualmente los cambios ocurridos en la mujer durante la adolescencia son cada vez más precoces, estando con estos cambios las relaciones sexuales y la adquisición de enfermedades sexualmente transmisibles y el embarazo.⁽⁸⁾

Cuando hablamos de embarazo en la adolescencia nos referimos a la totalidad de embarazos ocurridos en muchachas a una edad cuando aún no son adultas y cuando desde el punto de vista biopsicosocial todavía no están aptas para la maternidad.⁽⁴⁾

Tanto el embarazo no deseado como el aborto han ido aumentando proporcionalmente, quedando las adolescentes embarazadas antes de llegar a una edad apropiada.

En el estudio realizado de los diferentes artículos, se demuestra gran incidencia de jóvenes embarazadas en el grupo comprendido entre 10 y 19 años, fundamentalmente a partir de los 14 años de edad. Esto conlleva a un aumento en los últimos años de ingresos de madres con sus niños en los servicios de pediatría, por falta de cuidado como por las complicaciones que conlleva el embarazo no solo para la gestante, sino para su futuro hijo.

Una parte fundamental en el transcurso del embarazo en la adolescencia es el apoyo de la familia. La familia es una unidad social primaria y universal ocupando una posición central para la comprensión de la salud y la enfermedad. El apoyo de la familia, aún en situaciones donde no se comparten todos los puntos de vista de los hijos, es

fundamental, en esta etapa de la adolescencia. Los adolescentes no necesitan solo la aceptación de su grupo de amigos sino también el de su familia.⁽¹²⁾

La familia, aunque no acepte el embarazo de la adolescente, le debe brindar apoyo ya que es una de sus integrantes, para así llegar a una culminación feliz del embarazo.⁽⁶⁾

Se hace necesario analizar los antecedentes y aspectos de vida familiar y personal que intervienen en estos casos incluidos los referentes al sexo y a la concepción.

Entre las variables analizadas de los distintos artículos, hemos estudiado el tipo de educación brindada a los adolescentes por sus padres (rígida, tolerante y adecuada), conversación acerca de aspectos de la sexualidad y probabilidad de quedar embarazada, apoyo de la pareja, utilización de métodos anticonceptivos, promiscuidad, así como respuesta de familiares y amigos ante la gestación precoz.

El resultado ha sido que la mitad de los casos analizados fue inadecuada. La mayor parte del total de las embarazadas no mantenía conversación con sus padres en cuanto a temas relacionados con la sexualidad y probabilidad de quedar embarazada.

Un gran número de jóvenes gestantes no recibe apoyo de su pareja, repercutiéndole esto negativamente al embarazo. Pero en relación con las respuestas dadas por los padres, su pareja, hermanos y compañeros sobre la gravidez, hemos comprobado que el mayor número de respuestas positivas es aportado por sus compañeros y hermanos y de respuestas negativas por su pareja y padres.

Hay que tener en cuenta que los sentimientos, pensamientos y conductas de los adolescentes están influenciados por sus amigos, parejas, profesores, familia y trabajadores de la salud. Por lo que lo fundamental para reducir el embarazo en la adolescencia es la educación.

La influencia familiar es fundamental en la determinación del comportamiento sexual de sus miembros y sobre todo de los más jóvenes. En Cuba, desde la enseñanza primaria, se incluyen programas de educación sexual donde explican los riesgos de embarazo en la adolescencia y el uso de anticonceptivos para evitarlo explicándole las infecciones de transmisión sexual.⁽¹³⁾

A través de la publicidad, medios de comunicación, en la escuela, comunidad, internet, películas, música, y revistas se transmiten mensajes sobre relaciones sexuales.

No se les da una información clara acerca de embarazo, y enfermedades transmisibles. La mayor información que los jóvenes reciben, es de compañeros mal informados.

Por ello, no cabe duda que los padres de adolescentes pueden prevenir el embarazo de sus hijas mediante una comunicación abierta respecto a la sexualidad, intimidad, anticonceptivos, de los riesgos que conlleva un embarazo en la adolescencia y de las enfermedades de transmisión sexual.⁽¹⁴⁾

La familia es el eslabón principal que ha de dar una educación correcta a los adolescentes, pero el papel de los profesionales de enfermería es muy importante a nivel de consultorios de atención primaria para prevenir el embarazo a través de una labor educativa.⁽¹⁵⁾¹⁴

El embarazo en la adolescencia tiene una gran repercusión sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo, a medida que ocurre en edades cada vez más tempranas.

Las consecuencias de este problema repercuten en la calidad de la joven y en la familia habiendo un riesgo para el bebe.

Los bebes nacidos de madres adolescentes tienen mayor riesgo de presentar problemas en el desarrollo, presentan mayor probabilidad de bajo peso al nacer.

También se puede producir un retraso en el crecimiento intrauterino incluyendo malformaciones congénitas, mayor probabilidad de desnutrición y retardo en el desarrollo psicomotor y afectivo. También hay probabilidad de que presente complicaciones tardías en el aprendizaje del lenguaje.⁽¹⁵⁾

Los adolescentes son un grupo alto de riesgo, su adelantada maduración sexual, los lleva a la búsqueda de relaciones sexuales exponiéndolos a infecciones de transmisión sexual y al embarazo precoz por falta de uso de métodos anticonceptivos, es decir, por tener una inadecuada preparación para la relación sexual.⁽¹⁵⁾

Los adolescentes hoy en día en el inicio de las relaciones sexuales, solo valoran el lugar y la privacidad y que sea fruto del deseo de ambos.

Resultados por Peláez Mendoza, plantean que en las sociedades menos desarrolladas e industrializadas, el embarazo en adolescentes no constituye un conflicto para la sociedad; mientras que en sociedades industrializadas ocurre todo lo contrario, produciéndose un aumento de embarazo en adolescentes.⁽¹⁶⁾

Fernández Salazar igualmente, refiere que es en la zona rural donde mayor embarazo se producen en adolescentes, respecto a una zona urbana.⁽¹⁴⁾

En la adolescente embarazada se producen unos factores de riesgo como son los antecedentes personales, médicos, obstétricos y los actuales relacionados con el embarazo actual, nombrando los riesgos del propio embarazo como; edad, paridad, diabetes, hipertensión preexistentes o actuales, hábitos inadecuados, consumo de tóxicos, antecedentes obstétricos (abortos, fetos muertos, tipo de parto, gemelaridad...) Debido a ello, hay que realizar una serie de controles en el embarazo.⁽¹⁷⁾

Durante el embarazo, se presentan unas manifestaciones como las de presunción; estas son los signos y síntomas que manifiesta la mujer, como amenorrea, cambios en las mamas, estrías, náuseas y vómitos, micción frecuente y fatiga. Por otro lado, están las manifestaciones de probabilidad; en las que hay unas modificaciones a nivel genital y se pueden observar mediante exploración física. Y manifestaciones de certeza; en estas se oye el latido fetal, hay una percepción de movimientos fetales claros y una visualización del feto.⁽¹⁸⁾

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Alonso, Piñana, Cánovas, Luquín, Muñoz y Piñana (2008) realizaron un estudio cuantitativo longitudinal retrospectivo, donde detectaron casos de interrupción voluntaria de embarazo, embarazo no deseado y uso anticoncepción de emergencia en adolescentes de 13-18 años de edad en Cartagena (Murcia). Se obtuvo una población total de mujeres entre 13-18 años de 12.436, de las cuales hubo 227 casos de interrupción voluntaria de embarazo, 127 casos de anticoncepción de emergencia y 235 de embarazo no deseado.

La frecuencia más alta de IVE es entre los 17-18 años suponiendo casi el 60% del total de la población estudiada. Entre los 15-16 años supone el 31,3% del total entre 13-18 años y entre 13-14 años es del 8,8%

Respecto al Embarazo no deseado (END) el número total de casos fue de 235 casos. La máxima incidencia se muestra en edades entre 17-18 años suponiendo el 47,2 (111 casos). La población entre 15-16 años supone el 43% (101 casos). En población comprendida entre 13-14 años hay 9,8 (23 casos) de la muestra.

La anticoncepción de emergencia (AE) presenta un total de 127 casos con un pico de incidencia entre los 17-18 años presentando el 58,3 (74 casos) del total de AE.

Según los estudios realizados, en edades comprendidas entre 13 y 18 años, en Murcia, la AE es el método más utilizado entre las adolescentes seguido de Andalucía.

Leyva, Arelis, Delvis y García (2002), en un estudio analítico, de tipo caso-control, determinaron algunos factores de riesgo de vida familiar, asociados con el embarazo a destiempo, en Atención Primaria de Salud, en la provincia de Santiago de Cuba durante 1998.

El estudio se realizó con 77 adolescentes (casos) que quedaron embarazadas y parieron y otro grupo de muchachas sanas, no gestantes (controles), cuya cifra ascendió a 231, para un total de 308 féminas.

Algunos factores de riesgo de vida familiar fueron: tipo de educación brindada a ellas por sus padres (rígida, tolerante y adecuada), conversación acerca de aspectos de la sexualidad y probabilidad de quedar embarazada, apoyo de la pareja, utilización de métodos anticonceptivos, promiscuidad, así como respuesta de familiares y amigos ante la gestación precoz.

De la valoración se obtuvieron las razones de riesgo estimado como; la poca información que tienen, la ausencia de apoyo de su pareja, la carencia de ayuda emocional unida a la intolerancia de sus padres, siendo la probabilidad de presentar un suceso o enfermedad siempre que se tenga un factor de riesgo.

El Ministerio de Sanidad de España muestra unos datos estadísticos. En ellos se refleja la tasa de mujeres que han notificado la Intervención Voluntaria de Embarazo, el número de abortos realizados.

La *tabla número 1*, muestra el número de intervenciones realizadas desde el 2002 al 2011, donde ha habido un aumento de 41,234 Intervenciones Voluntarias de Embarazo.

En la *tabla 2* se observa el número de I.V.E del 2002 al 2011 por grupo de edades, donde se muestra, que de 19 y menos años hay un aumento del 4,39 %; de 20 a 24 años del 6,97%; de 25 a 29 años del 7%; de 30 a 34 años del 5,5%; de 35 a 39 años del 3,39%; y de 40 y más años hay un aumento del 1,14%.

La *tabla número 3* muestra el número de I.V.E. según Comunidad Autónoma en mujeres entre 15 y 44 años. En la *tabla 4* se observa el número de abortos realizados en el 2011 según el motivo de interrupción, donde la mayoría de casos de aborto, se dan a

petición de la mujer. En la *tabla 5* se muestra la distribución porcentual del número de abortos realizados según la nacionalidad en mujeres residentes, del 2008 al 2011. Se puede apreciar un aumento en España del 15,95%. Y en la *tabla 6* podemos observar, el número total de intervenciones voluntarias de embarazo por grupo de edad en el 2011.

Grisell, Modesta y Damaris (2002) en un estudio prospectivo longitudinal y descriptivo, revelaron que el embarazo en la adolescencia, tiene gran repercusión en esta edad de la vida, en el que el organismo, no está preparado para asumirlo, en el municipio Bahía Honda, provincia Pinar del Río.

Las repercusiones más frecuentes que durante el embarazo presentan son: anemia, sepsis urinaria, amenaza de parto pretérmino, amenaza de aborto e HTA gestacional.

Ximenes, Marques y Rocha (2004), en un estudio tipo explorativo-descriptivo, detectaron que el embarazo en la adolescencia, tiene altas complicaciones, realizando un formulario en la sede del municipio de Massapé-CE, con 20 adolescentes puérperas de 14 a 19 años, donde detectaron, que son varios factores los que engloban dicha cadena.

Se producen unos cambios físicos y emocionales, unos cambios cada vez más precoces como son las relaciones sexuales y la adquisición de enfermedades sexualmente transmisibles y el embarazo. El cuerpo crece, la mente se desarrolla, el ambiente se modifica, la calidad de las sensaciones afectivas y sexuales se transforma.

Se producen una serie de implicaciones que son las siguientes;

- Implicaciones biológicas, como son el dolor en la región hipogástrica, cefalea, náuseas, miembros inferiores edematosos, infección urinaria, vómitos, mal-estar y mareos, cólicas, hipertensión arterial, acidez, dolor en la región de los flancos, anemia, sangradura vaginal, secreción vaginal, y desnutrición.
- Implicación familiar, ya que para la adolescente embarazada es importante la aceptación por parte de la familia para así tener armonía, porque de lo contrario, la adolescente podría sentirse abandonada, conllevándola a querer abortar.
- Implicación emocional, debido a que siente miedo, mucha tristeza, rabia y se siente muy preocupada. psicológicas y económicas
- Implicación social, ya que la adolescente no sale de casa, siente vergüenza a ir a la escuela, tristeza porque en muchos de los casos su pareja la dejó.

- Implicación económica, depende de los padres, no tiene una buena alimentación, no tiene como criar a su bebé.

El cuerpo aún no está preparado para desarrollar una gestación, por lo que puede haber consecuencias relacionadas con la morbilidad y la mortalidad peri-natal.

Prías y Miranda (2005) realizaron un estudio donde describen e interpretan desde un enfoque cualitativo, las experiencias relacionadas con los sentimientos e ideas experimentadas, por las adolescentes al conocer su estado de embarazo. Tienen sentimiento de miedo, tristeza, a perder su niñez, su inocencia, a perder antiguos amigos, culpa, vergüenza, dolor, sufrimiento, decepción, frustración, baja autoestima, desvalorización de sí misma. Las ideas de la adolescente al enterarse de su estado de embarazo fueron negación, evasión, incertidumbre, duda, arrepentimiento junto con deseos de abortar. Contrario a ello, también les surgieron ideas como de protección al bebé y de rechazo al pensamiento de abortar y aceptación.

Gascón, Navarro, Gascón Pérula, Jurado y Montes (1998) en un estudio observacional transversal, realizaron un trabajo de campo durante el curso escolar 1997-1998, donde los datos estadísticos fueron, que las relaciones sexuales entre adolescentes, son cada vez más frecuentes y precoces en el centro escolar de secundaria de Córdoba.

La media fue de 17 años siendo el 48% varones. El 22% reconoce haber mantenido relaciones sexuales completas, destacando en este sentido las mujeres respecto a los varones, siendo la edad de inicia de 16 años. El 48% de las mujeres reconoce mantener relaciones sexuales completas con una frecuencia superior a una vez a la semana. EL 82% dice haber usado algún método anticonceptivo en su primera relación, siendo el preservativo el método más utilizado.

Cano, Oliva, y Domínguez (2006) en un estudio observacional y descriptivo, determinaron las causas del incremento de embarazo en edades precoces. Identificaron los conocimientos acerca de métodos anticonceptivos y sexualidad, en alumnos entre 15 a 18 años, así como la falta de familiaridad con planificación familiar, en la provincia de Huelva.

Las causas del incremento residen en el hecho de que la edad de la menarquía y la edad de inicio de las relaciones sexuales descienden. También influyen los tabúes, la

baja percepción de conductas de riesgo y fundamentalmente la falta de información correcta sobre sexualidad y anticoncepción. Otra de las causas, es que muchas veces los encuentros sexuales tienen lugar bajo los efectos del alcohol y/u otras sustancias tóxicas, lo que favorece conductas de riesgo para el embarazo no deseado.

Respecto al conocimiento de métodos anticonceptivos, el más conocido cabe destacar el preservativo masculino, la píldora anticonceptiva y preservativo femenino

De los 125 alumnos a los que se les realizó la encuesta, se obtuvo que 34 en el momento de la encuesta mantenían relaciones sexuales, siendo la mayoría de 15 años.

Para tener información de este tema, los jóvenes suelen recurrir a sus amigos, medios de comunicación, a libros y revistas, teniendo muy distintos grados de exactitud y fiabilidad. Sólo el 4,8% se informó a través de planificación familiar y el 4% a partir de charlas.

Gutiérrez, Pascacio, de la Cruz, y Varinia identificaron las características sociofamiliares mediante un estudio descriptivo-transversal, el nivel de autoestima y los conocimientos de este grupo en particular.

Unos factores asociados al embarazo en la adolescencia son las características familiares, la comunicación intrafamiliar deficiente y nivel socioeconómico bajo. Otros factores son la autoestima (este es un factor relevante en el desarrollo de los aspectos de personalidad, adaptación social y emocional) y la baja escolaridad así como la carencia de métodos que existen para evitar un embarazo no deseado y contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Las características socio familiares son las siguientes: En la situación socio-familiar han determinado tres aspectos; la dimensión personal, como edad, estado civil, religión, ocupación, nivel de escolaridad. La dimensión obstétrica como número de embarazos, partos, aborto, y el estado actual, como tipo de parto, patologías maternas asociadas, etc. Y la dimensión familiar en el que se identifica el lugar que ocupa la adolescente embarazada en la familia, el número de integrantes de la familia, tipo de familia, etc. Respecto al nivel de autoestima, se hace referencia al grado de autoevaluación que el individuo hace y mantiene en forma persistente de sí mismo. Y en el nivel de conocimientos, se identifica la reproducción humana (información de las madres embarazadas respecto a fecundación), métodos de planificación familiar, y enfermedades de transmisión sexual.

Doblado, de la Rosa y Junco (2009) realizaron un estudio sobre el comportamiento del aborto inducido en el Hospital Ginecoobstétrico "Dr. Julio Rafael Alfonso Medina" de Matanzas.

Una de las razones por las que una adolescente opta por el aborto, es que tener un hijo dificulta su educación o trabajo. También se plantea que la decisión de abortar en la adolescencia se encuentra vinculada con las opiniones y el apoyo o no de los padres

Martín y Reyes (2003) realizaron un análisis de los factores que pueden incidir en las manifestaciones de un problema de salud en la población de Cuba, siendo las siguientes; una conducta sexual irresponsable, el embarazo no deseado y el aborto demandado.

Fernándo Salazar O. Embarazo en adolescentes. Carta de la Salud. (2004) Resumió aspectos importantes sobre el embarazo en jóvenes adolescentes, los síntomas y las opciones de manejo y prevención.

Comentó el impacto que produce el embarazo en la adolescente a nivel físico y mental, teniendo que involucrarse la familia y con repercusiones sociales, educativas, económicas y laborables.

Refirió como síntomas del embarazo, la ausencia de periodos menstruales, la fatiga, el aumento de tamaño y sensibilidad en los senos, la distensión abdominal, las náuseas, vómitos y los desmayos. Y como signos del embarazo, refiere el aumento de peso, náuseas y vómitos, aumento del perímetro abdominal, la coloración azulada o violácea de las paredes vaginales y del cuello del uterino, el ablandamiento y crecimiento del útero.

López (2011) realizó un artículo de revisión en el que demuestra que son pocas las acciones que se realizan, por lo que el número de embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual han aumentado. Refirió que tienen un papel fundamental la familia y los consultorios de Atención Primaria para prevenir el embarazo mediante una labor educativa y otras acciones que contribuyan a la prevención.

Peláez (1996) realizó un análisis del problema que plantea el embarazo en la adolescencia y de la anticoncepción, valorando las ventajas y desventajas de la

anticoncepción. Refirió que una de sus desventajas sería que el uso de anticonceptivos ha aumentado la promiscuidad de las relaciones sexuales, ya que los adolescentes han perdido el temor al embarazo por la disponibilidad de anticonceptivos seguros y fiables.

Zapata (2012) describió unos factores de riesgo que se producen en el embarazo como son los antecedentes personales, médicos, obstétricos y los actuales relacionados con el embarazo actual y los riesgos del mismo como; edad, paridad, diabetes, hipertensión preexistentes o actuales, hábitos inadecuados, consumo de tóxicos, antecedentes obstétricos(abortos, fetos muertos, tipo de parto, gemelaridad...)

OBJETIVOS

- Describir los factores que influyen en los jóvenes adolescentes en el embarazo no deseado, como el apoyo de la pareja, respuesta de familiares y amigos ante la gestación y comunicación con los padres. También encontramos unos problemas biológicos, emocionales, sociales y económicos
- Identificar los riesgos y determinar el grupo donde se producen los riesgos.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una metodología de Investigación Documental que consiste en un estudio de diferentes casos clínicos de tipo descriptivo⁽²⁰⁾. La estrategia utilizada para la búsqueda de información ha consistido en efectuar;

- La búsqueda automatizada en bases de datos: Cochrane plus, CiberIndex portal, PudMed, MEDLINE, EMBASE, Current Contents, y otras)
- La revisión de revistas que normalmente publican artículos sobre la especialidad del tema en cuestión y de otras fuentes bibliográficas impresas.
- La identificación de los autores más destacados en el tema mediante el Science Citation Index.
- El estudio de las referencias y localización de las más relevantes.
- El intercambio con especialistas que trabajan en el tema.

DESARROLLO

El embarazo origina en la adolescente una serie de cambios en su modo de vida, desarrollándose a través de Patrones Funcionales de Marjory Gordon de la siguiente manera:

- Patrón 1: Percepción - manejo de la salud

La joven adolescente embarazada presenta una serie de problemas vividos durante la gestación como son el dolor en la región hipogástrica, cefalea, náuseas, miembros inferiores edematosos, infección urinaria, vómitos, mal-estar y mareos, cólicas, hipertensión arterial, acidez, dolor en la región de los flancos, anemia, sangradura vaginal, secreción vaginal y desnutrición. Además de presentar problemas emocionales y económicos.

Hay adolescentes que pueden haber estado expuestas a una práctica infectiva, debido a haber mantenido relaciones sexuales sin ningún método anticonceptivo, como puede ser el preservativo. Debido a ello, la adolescente puede ser contagiada de VIH.

Sienten miedo ante un problema de salud del niño por lo que tienen ideas de abortar, pensamientos comprensibles en el estado de miedo ante una situación nueva y amenazante, al no saber cómo salir del problema.

- Patrón 2: Nutricional - metabólico

La adolescente tiene síntomas de náuseas y vómitos. Presenta una ganancia de peso y corre el riesgo de que el niño al nacer presente bajo peso. A la gestante que no ha completado su crecimiento, se le hace necesaria una ganancia de peso superior al de la embarazada adulta para lograr un neonato con peso adecuado.

Se produce una disminución de la glucemia y el glucógeno. Los Hidratos de Carbono se consumen en gran cantidad.

- Patrón 3: Eliminación

Se produce un aumento de la filtración glomerular y el flujo renal.

Hay aumento de la frecuencia urinaria. Los uréteres se dilatan por hipotonía de la musculatura. La pelvis renal se dilata y facilita la aparición de pielonefritis.

Estreñimiento debido a la disminución del peristaltismo como resultado del aumento de hormonas.

- Patrón 4: Actividad - ejercicio

Presenta cansancio, disnea y problemas de movilidad

- Patrón 5: Sueño - descanso

Dificultad para conciliar el sueño debido al dolor de las hemorroides producidas por el aumento de tamaño y peso del feto. En algunas ocasiones se producen calambres y edemas en las piernas debidas a una desproporción de calcio/fósforo.

- Patrón 6: Cognitivo - perceptual

En algunas embarazadas se producen cambios mentales, adormecimiento, dolor de cabeza, abdominal, dolor de pecho, en los huesos, parestesia de los pies y manos, disturbios visuales, disturbios en el sabor, disturbios auditivos y vértigo.

- Patrón 7: Autopercepción - autoconcepto

Tiene sentimientos de miedo, tristeza, dolor, sufrimiento, culpa, vergüenza, decepción, frustración y baja autoestima.

- Patrón 8: Rol - relaciones

Presentan miedo a no saber cómo dar la noticia a su familia. Algunas de las adolescentes tienen miedo a que sus padres las puedan rechazar. Sienten miedo a defraudar a sus padres, a causarles dolor y miedo a perder el amor de ellos.

- Patrón 9: Sexualidad - reproducción

En algunas mujeres como consecuencia del embarazo se produce disfunción sexual y sangrado vaginal.

- Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés

Presenta problemas a la hora de afrontar el embarazo. Sufre baja autoestima y desvaloración de sí misma. La adolescente debe adaptarse a su nueva situación, y se siente inadecuada al interactuar con sus amigos. Se ve sola asumiendo el rol de un adulto.

- Patrón 11: Valores - creencias

Tiene pensamientos de abortar independientemente de sus creencias, debido a la angustia que siente ante la situación. Por lo que para una adolescente la situación más rápida, es la de deshacerse del niño y continuar con su vida diaria.

Propuesta de PLAN DE CUIDADOS en el embarazo en adolescentes

Diagnóstico: Náuseas r/c embarazo m/p vómitos (00134)

NOC: Severidad de las náuseas y vómitos (2107)

NOC: Control de náuseas y vómitos (1618)

NIC: Manejo de las náuseas (1450)

- Evaluar experiencias pasadas con náuseas (embarazo)
- Controlar los factores ambientales que pueden evocar náuseas (p.ej. malos olores)
- Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas.
- Utilizar una higiene bucal frecuente para fomentar la comodidad, a menos que eso estimule las náuseas.
- Proporcionar información acerca de las náuseas, sus causas y su duración.

NIC: Manejo del vómito (1570)

- Reducir o eliminar factores personales que desencadenen o aumenten el vómito.
- Utilizar higiene oral para limpiar boca y nariz.
- Controlar si hay daños en el esófago y en la faringe posterior en caso de que el vómito y las arcadas sean prolongados.

Diagnóstico: Trastorno del patrón del sueño r/c malestar físico, dolor crónico m/p expresiones verbales (00198)

NOC: Sueño (0004)

NOC: Descanso (0003)

NIC: Mejorar el sueño (1850)

- Explicar la importancia de un sueño adecuado durante el embarazo.
- Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño.
- Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica.

NOC: Control del dolor (1605)

NIC: Cuidados de las heridas (3660)

- Controlar las características de la herida.
- Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico, si procede.
- Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.
- Colocar de manera que se evite presionar la herida, si procede.
- Enseñar al paciente o a miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.

NIC: Manejo del dolor (1400)

- Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (limpiarse con toallitas después de ir al baño, usar crema para las hemorroides, ponerse bragas de algodón, no usar pantalón ajustado)

Riesgo de soledad r/c aislamiento social, físico (00054)

NIC: Potenciación de la socialización (5100)

- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Fomentar compartir problemas comunes con los demás.
- Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine.
- Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente.

Diagnóstico: Baja autoestima situacional r/c embarazo m/p cambio en el rol social, cambios en el desarrollo (00120)

NOC: Motivación (1209)

NOC: Autoestima (1205)

NIC: Potenciación de la conciencia de sí mismo (5390)

- Animar al paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos.
- Confrontar los sentimientos ambivalentes (enojado o deprimido) del paciente.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipiten su ansiedad.
- Ayudar al paciente a identificar la fuente de emoción

Diagnóstico: Incontinencia urinaria refleja r/c el embarazo m/p pérdida de orina (00018)

NOC: Eliminación urinaria (0503)

NIC: Cuidados de la incontinencia urinaria (0610)

- Limitar los líquidos durante 2 ó 3 horas antes de irse a la cama, si procede.
- Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga (colas, café, té y chocolate)

NOC: Nivel de comodidad (2100)

NIC: Ejercicio del suelo pélvico (0560)

- Enseñar al individuo a evitar contraer los músculos abdominales, muslos y glúteos, los que participan en la respiración o estirarse durante la realización de los ejercicios.
- Asegurarse de que el individuo puede diferenciar entre la elevación y la contracción del músculo deseada y el esfuerzo de contención no deseado.
- Proporcionar una respuesta positiva cuando se hacen los ejercicios prescritos.
- Dar instrucciones escritas donde se describa la intervención y el número de repeticiones recomendadas.

Diagnóstico: Ansiedad r/c embarazo m/p cambio en el entorno (00146)

NOC: Nivel de ansiedad (1211)

- Ayudar al paciente a que pueda explicar la decisión a otras personas.

NIC: Modificación de la conducta (4360)

- Determinar la motivación al cambio del paciente.
- Ofrecer un refuerzo positivo a las decisiones del paciente que han sido tomadas independientemente.

NOC: Integridad de la familia (2603)

NIC: Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido) (7104)

- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Crear una atmósfera de aceptación.
- Establecer relaciones de confianza con los padres.
- Observar los efectos que el recién nacido produce en la estructura familiar.
- Comprobar la capacidad de la familia para realizar tareas adecuadas a la etapa de desarrollo familiar.
- Preparar a los padres para las responsabilidades relacionadas con la paternidad.

NIC: Apoyo en la toma de decisiones (5250)

- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones.
- Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
- Proporcionar la información solicitada por el paciente.

NOC: Entorno físico familiar (2607)

NIC: Potenciación de roles (5370)

- Ayudar al paciente a identificar las conductas necesarias para el cambio de roles o a roles nuevos.
- Ayudar al paciente a imaginar cómo podría producirse una situación particular y cómo evolucionaría un rol.
- Facilitar las interacciones grupales de referencia como parte del aprendizaje de los nuevos roles.

OBJETIVOS E INTERVENCIONES RECOMENDADAS:

NOC: Control de enfermedades transmisibles

- Controlar poblaciones de riesgo de acuerdo con el régimen de prevención y tratamiento.
- Promover el acceso a una educación sanitaria adecuada en relación a la prevención y al tratamiento de enfermedades transmisibles y a la prevención de su recurrencia.

NIC: Planificación familiar: anticoncepción (6784)

- Evaluar la capacidad y la motivación de la paciente y su compañero para utilizar la anticoncepción regular y correctamente.
- Determinar el conocimiento de la paciente sobre anticoncepción y planes de selección de un método anticonceptivo.
- Explicar las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos oportunos.
- Instruir a la paciente en el uso de anticonceptivos químicos, hormonales o mecánicos.

NIC: Planificación familiar: embarazo no deseado (6788)

- Averiguar si la paciente ha tomado una decisión sobre el embarazo
- Comentar las alternativas al aborto con la paciente y el ser querido.
- Clarificar la mala información sobre el uso de anticonceptivos.

DISCUSIÓN

La adolescente embarazada experimenta un desequilibrio de su personalidad. En acuerdo con Hilda Evelia Prías-Vanegas y Clarybel Miranda-Mellado, las jóvenes tienen sentimientos de miedo, tristeza, pérdida de su niñez, de su inocencia, dolor, sufrimiento, vergüenza, culpa, baja autoestima y desvalorización de sí misma e ideas o pensamientos de negación, evasión, incertidumbre, duda, arrepentimiento junto con deseos de abortar, ideas de protección al bebé y de rechazo al pensamiento de abortar.

En los últimos años, hemos podido comprobar a través de los datos obtenidos del Ministerio de Sanidad, que en Andalucía de un total de 23.281 mujeres embarazadas, 8030, no han utilizado ningún método anticonceptivo, y de 3.329 adolescentes con edades comprendidas entre 15-19 años, a 3.100 de ellas, se le ha realizado una intervención voluntaria del embarazo.

En el estudio que hemos realizado, de los distintos casos nombrados en la bibliografía, hemos podido confirmar la existencia de factores predisponentes en el embarazo como es el nivel socioeconómico, nivel de escolaridad, unión con su pareja, relación con la familia.⁽⁶⁾

La metodología realizada de los diferentes artículos, nos conlleva a que las adolescentes tienen sentimientos de inseguridad cuando no hay un ambiente familiar que brinde la seguridad que necesita la adolescente embarazada. Igualmente cuando hay apoyo de su pareja, a ella no le importa la opinión de los demás, ya que manifiestan sentirse placenteras por su pareja. No obstante, las relaciones sexuales entre los jóvenes han aumentado en los últimos años, como queda de manifiesto al comparar los resultados de los diferentes artículos, estando en acuerdo con Ximenes Neto, y otros, en que la mujer adolescente embarazada constituye un grupo de riesgo, como la eclampsia, anemia, parto prematuro y a tener un recién nacido de bajo peso.

En las distintas búsquedas bibliográficas, no hemos encontrado ningún plan de cuidados, por lo que hemos añadido uno, con unos objetivos e intervenciones recomendadas, dirigido tanto a los adolescentes como a su familia. Referente a los artículos analizados, los diagnósticos realizados son relacionados con los patrones encontrados alterados en la adolescente embarazada, destacando; náuseas y vómitos,

trastorno del patrón del sueño, debido al dolor por las almorranas que sufren muchas de ellas durante la gestación y riesgo de soledad. Este riesgo, es debido, a que la adolescente siente que sus compañeros de clase, amigos y familia la apartan de la sociedad, se siente aislada, por lo que es un factor a controlar por la enfermera. Otro de los diagnósticos sería, la presencia de una baja autoestima situacional. Esto es debido al cambio que sufre la mujer al quedar embarazada, ya que tiene que adoptar una madurez, a la que aún no está preparada. La incontinencia urinaria, es otro de los diagnósticos a los que hacemos referencia, ya que el feto se forma en el útero y este se encuentra justo en la parte posterior-superior de la vejiga, provocando que por el peso en ella, la embarazada tenga pérdidas de orina, llegando a ser molestas sino hay un buen diagnóstico realizado con sus actividades a recomendar. Y por último hemos planteado el diagnóstico de la ansiedad, ya que se produce un cambio en la familia, donde hay que realizar una planificación, y una toma de decisiones, creando esto en la adolescente ansiedad.

Un plan de acción para así prevenir el embarazo en adolescentes sería aportando una información correcta y veraz por parte de los padres y educadores, complementar o corregir la información que reciben de otras fuentes, darles un acceso real a los métodos anticonceptivos, con información de las ventajas e inconvenientes y asesoramiento sobre los más adecuados en cada momento, aconsejar acudir a un Centro de Salud, explicarles la utilización del píldora del día después (postcoital) con sus ventajas y desventajas y aconsejar el uso de preservativos para evitar ETS y VIH/SIDA.

Como bien hemos comentado, una buena educación sanitaria, siempre será una prevención, por lo que debe hacerse desde el hogar, y también desde los Centros de Salud. La enfermería tiene un papel fundamental en este ámbito. Puede trasladar todo su conocimiento respecto a este tema a las escuelas, que es donde los adolescentes pueden prestar atención. Las campañas de educación para la salud, motivan a los jóvenes, a realizar preguntas a un profesional. Si bien es necesario, realizar una vez al mes, como mínimo, campañas de educación sexual en la calle, donde todos los jóvenes, se puedan acercar y preguntar sus dudas. El hecho de que los jóvenes tengan acceso a esta información, a anticonceptivos, no quiere decir que vayan a comenzar las relaciones sexuales antes, sino que serán capaces de utilizarlos sabiendo sus consecuencias, pudiéndose prevenir un embarazo o una ETS.

Cuando una adolescente queda embarazada son muchas las sensaciones que tiene, es por ello que aparte de la familia, la enfermera ejerce un papel importante. Puede explicarle las diferentes alternativas; la interrupción voluntaria del embarazo o continuar con el mismo.

Si continúan con el embarazo, se pueden ver envueltas en una relación para la cual aún no están preparadas, e incluso dejan sus estudios sin saber las consecuencias negativas que tiene para su formación profesional. Otra alternativa sería continuar con el embarazo y dar en adopción al futuro niño, sintiéndose muchas de ellas forzadas por la familia. Esta decisión les conlleva a secuelas psicológicas. O bien, convertirse en madre soltera, ya que en muchos casos, la joven se ve abandonada por la difícil situación por su pareja. En algunos casos las adolescentes son acogidas por la familia, pero muchas otras se sienten solas, sin trabajo y sin ninguna experiencia.

También pueden optar por la opción de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, cumpliendo la norma vigente del país.⁽¹⁹⁾

CONCLUSIÓN

Este análisis realizado de los distintos artículos nombrados en bibliografía, revela que los factores que intervienen en el embarazo no deseado en los adolescentes son, las relaciones sexuales precoces, la no utilización de métodos anticonceptivos, la falta de planificación y de educación sexual y el miedo a acudir a los centros de salud por si alguien se entera (principalmente los miembros de la familia y los vecinos).

Es necesario cumplir con un plan de acción para así prevenir el embarazo en adolescentes y las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Hay que aportar tanto a padres y educadores una información correcta y veraz, para que así la transmitan a los adolescentes, explicándoles la utilización de la píldora del día después (postcoital) con sus ventajas y desventajas y aconsejar el uso de preservativos para evitar ETS y VIH/SIDA.

La enfermería debe trasladar todo su conocimiento respecto a este tema a las escuelas. Podemos concluir que el embarazo en la adolescencia tiene una gran repercusión, tanto en la madre como en el futuro hijo y a edades más tempranas, es más evidente, por lo que el papel de enfermería es fundamental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso M.C, Piñana A, Cánovas A, Luquín R, Muñoz A.M, Piñana J.A. Embarazo no deseado en adolescente en un área de salud. Semergen. 2011;37(5):227-232.
2. OMS(Organización Mundial De La Salud)
3. Doblado Donis N.I, De La Rosa Batista I, Junco Manrique A. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.2010; 36(3):409-421
4. Leyva Sorribe, V; Berroa Bonne, A; Negret Dutel, D; García, A.J. Algunos aspectos relacionados con el embarazo a destiempo en adolescente. Rev Cubana Enfermer. 2002;18(2): 107-11
5. Datos Estadísticos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España.
http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm Interrupción voluntaria del embarazo
6. Mirabal G, Modesta M, Pérez D. Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Enfermer.2002;18(3);175-183
7. Cortes Alfaro A. Soido Rivera ME, Cuymba Abreu C, García Roche R, Castro Gil N. ETS y adolescencia temprana. Sexol Soc. 1998;114(4):17-9.
8. Ximenes Neto F.R.G, Marques M.S, Rocha J. Problemas vividos por las adolescentes durante la gestación. Enfermería Global.2008;(12)
9. Prías-Vanegas H.E, Miranda-Mellado C. Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal. Aquichán.2009;9(1):93-105

10. Gascón Jiménez J.A, Navarro Gochicoa B, Gascón Jiménez F.J, Pérula de Torres L.A, Jurado Porcel A. y Montes Redondo G. Comportamiento sexual de los escolares adolescentes en la ciudad de Córdoba. El Sevier. Aten Primaria.2003;32(6):355-60
11. Minchón Cano, M; Oliva Díaz, MA; Domínguez Pérez, S. Intervención enfermera ante los embarazos no deseados. Rev Elect. Enfermería Global.2008;7(12)
12. Gutiérrez Gómez T, Pascacio Bautista E, De la Cruz Paloma A, Carrasco Martínez E.V. Situación socio familiar y nivel de autoestima de la madre adolescente. Rev Enferm IMSS.2002; 10 (1): 21-25
13. Martín Alfonso L, Reyes Díaz Z. Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2003;29(2):183-87
14. Fernando Salazar O. Embarazo en adolescentes. Carta de la Salud. www.clinicalili.org. 2004;101
15. López Rodríguez Y. Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. Revista Cubana de Enfermería. Artículo de Revisión.2011; 27(4).337-350
16. Peláez Mendoza J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1996;22(2).20
17. Zapata Boluda, R.M.2001. Enfermería Maternal. Apuntes de clase. Universidad de Almería. Almería.
18. Zapata Boluda. Prevención del embarazo no deseado en adolescentes. Capítulo VII.127-138

19. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
20. Cué Brugueras M, Díaz Alonso G, Díaz Martínez A.G, Valdés Abreu M.de la C. Artículo de revisión. Revisen Scielo Public Health. 1996;9(2).86-96