

La Organización Mundial de la Salud promueve la necesidad de establecer políticas de salud pública encaminadas a incrementar las acciones que permitan cumplir con el quinto objetivo del desarrollo sostenible del milenio encaminado a fortalecer la salud sexual y reproductiva, así como la disminución de la morbilidad y mortalidad materna. En Cuba se ha promovido la realización de proyectos e investigaciones que incluyen la preparación de los profesionales sanitarios para enfrentar esta problemática de salud. La obra que le ofrecemos, titulada: **ADOLESCENCIA Y SALUD REPRODUCTIVA EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA** sirve como material de consulta a la asignatura Enfermería Ginecobiológica y a Enfermería Familiar y Social. Puede ser constituir además una literatura de consulta para otras carreras de las Ciencias Médicas por su alcance holístico y necesario que facilita entender el proceso salud-enfermedad en la mujer durante la adolescencia.



**Juana Lupe Muñoz Callol:** Máster en Ciencias en Atención Integral a la Mujer. Diplomada en Enfermería Obstétrica y Perinatología. Profesora Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas de las Tunas, Doctoranda del Doctorado en Ciencias Pedagógicas e Investigador Agregado. Miembro Titular de la Sociedad Cubana de Enfermería, Miembro Asociado de la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia, Miembro Asociado de la Sociedad Cubana de Educadores de la Salud. Ha publicado artículos científicos e impartido cursos y diplomados sobre salud materna y neonatal.



**EDACUN**  
EDITORIAL ACADÉMICA UNIVERSITARIA



## ADOLESCENCIA Y SALUD REPRODUCTIVA EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

ADOLESCENCIA Y SALUD REPRODUCTIVA EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA



Juana Lupe Muñoz Callol

EDITORIAL ACADÉMICA  
UNIVERSITARIA





**EDITORIAL ACADÉMICA UNIVERSITARIA**

**ADOLESCENCIA Y SALUD REPRODUCTIVA EN LA  
PRÁCTICA DE ENFERMERÍA**

**Juana Lupe Muñoz Callol**



**Diseño y Edición: MSc. Osmany Nieves Torres. As.**  
**Corrección: MSc. Ana de la Luz Tirado Benítez. P.A.**  
**Dirección General: Dr. C. Ernan Santiesteban Naranjo. P.T.**

© Juana Lupe Muñoz Callol

© Sobre la presente edición

**Editorial Académica Universitaria (Edacun)**

**978-959-7225-81-2**

**Editorial Académica Universitaria (Edacun)**

**Universidad de Las Tunas**

**Ave. Carlos J. Finlay s/n**

**Código postal: 75100**

**Las Tunas, 2020**



# ÍNDICE

CAPITULO I: GENERALIDADES DE LA SALUD REPRODUCTIVA.....	1
1.1. Conceptualización de salud reproductiva. ....	1
1.2. Enfoque de riesgo preconcepcional.....	8
1.3. Enfoque de riesgo obstétrico.....	14
1.4. Enfoque de riesgo perinatal. ....	22
1.5. Particularidades de la salud reproductiva en la atención a la adolescente. ....	26
1.6. Estrategia para la prevención de daños y conductas de riesgo .....	34
1.7. Consideraciones finales .....	37
CAPITULO II: VALORACIÓN Y EXPLORACIÓN GENERAL DE LA ADOLESCENTE .....	39
2.1. Aspectos morfofisiológicos de la adolescente .....	39
2.2. Aplicación de los principios científicos, éticos y bioéticos en la atención a la adolescente.....	43
2.3. El método científico de actuación de Enfermería en la atención de la adolescente .....	47
2.4. Consideraciones finales .....	61

## **PRÓLOGO**

Los cambios en la estructura social, familiar y biológica, la disminución en la edad a la primera unión, unido a las características psicológicas que marcan el paso de la niñez a la adolescencia, constituyen factores de riesgo que, entre otras consecuencias, producen en no pocos casos embarazos, abortos o partos no deseados. Estas manifestaciones provocan limitaciones para el ulterior desarrollo de las vidas de los padres e hijos al impedir su pleno desarrollo social, familiar e individual.

En la actualidad la salud reproductiva de la adolescente constituye un reto para el equipo sanitario, debido al impacto que ocasiona en el adecuado bienestar y desarrollo biopsicosocial como elemento clave para el progreso social, económico y político tanto de países como de territorios.

A nivel mundial existe un interés de profundizar en esta temática debido a la necesidad de comprender mejor las características de esta edad, relacionadas con las condiciones cambiantes de la sociedad y la modificación de las conductas de estos grupos, que han generado nuevos riesgos para su salud, especialmente en la esfera sexual y reproductiva. En este sentido, los profesionales de Enfermería juegan un rol fundamental para encauzar acciones que mitiguen o modifiquen el riesgo reproductivo en las adolescentes con la participación activa de la familia y los entes comunitarios.

El libro *Adolescencia y Salud Reproductiva en la práctica de Enfermería*, tiene la singularidad de integrar los diferentes niveles de atención sanitaria, y persigue la finalidad de brindar un material de consulta para la vinculación teórica-práctica en el Proceso Enseñanza-Aprendizaje de las asignaturas *Enfermería Ginecobstétrica* y *la Enfermería Familiar y Social*, aunque puede ser consultado por estudiantes y profesionales

de la salud. Constituye una guía para el cuidado adecuado de la salud reproductiva de la adolescente a través de la implementación del proceso-enfermero con la utilización de la Taxonomía NANDA II, NIC y NOC.

El libro ha sido estructurado en dos capítulos: un Capítulo I, que ofrece una contextualización actualizada de la salud reproductiva, sus elementos que la conforman, su clasificación y las propuestas de acciones de enfermería para disminuir los riesgos. El Capítulo II, por su parte, versa sobre los aspectos necesarios para realizar una adecuada valoración y exploración de la adolescente con la previa determinación de las particularidades del Proceso de Atención de Enfermería como método científico de la profesión.

Garantizar la adecuada atención a las adolescentes es prepararlas para enfrentar el futuro de sus pasos, y es, en los profesionales de Enfermería, donde descansa la labor preventiva y de promoción de salud tan necesaria para el autocuidado consciente de la sexualidad.

Si con la realización de esta modesta obra se pudiera alcanzar una forma de guiar el cuidado que se le puede brindar a este grupo de riesgo, nuestras expectativas estarían solventadas.

Háganlo suyo y aplíquenlo en la práctica diaria del ejercicio de la profesión, humanizando el cuidado desde la familia como célula fundamental de la sociedad.

La autora y colaboradores

# **CAPITULO I: GENERALIDADES DE LA SALUD REPRODUCTIVA**

En este capítulo se realiza un análisis sobre la conceptualización y los principales enfoques actuales de la salud reproductiva, se valoran los determinantes del riesgo reproductivo: El riesgo preconcepcional, el riesgo obstétrico, el riesgo perinatal y se precisan las diferentes acciones de salud que se realizan en la atención primaria de salud y en el segundo nivel de atención. Se particulariza en cada aspecto el desempeño del profesional de Enfermería como eslabón fundamental del equipo de salud.

Es tratado además la atención de la salud reproductiva a la adolescente y el acceso a la consulta infanto-juvenil. Enfatiza en sus componentes esenciales centrado en las actividades de prevención y promoción de salud con la intervención rectora del profesión de Enfermería, se amplía además en las principales habilidades o técnicas comunicativas para el cuidado de este grupo de riesgo.

Por último se hace referencia a las diferentes estrategias para la prevención de daños y conductas sexuales de riesgo, con enfoque de género y la necesidad de cambiar los métodos y acciones de salud para minimizarlos con participación no solo de la adolescente sino de la familia y la comunidad.

## **1.1. Conceptualización de salud reproductiva.**

La salud reproductiva, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es considerada como el estado de completo bienestar físico, mental y social, lo cual no se limita solamente a la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción. Peláez (2007).

En el año 1994, a propósito de celebrarse la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo, esta definición se extendió a:

... la capacidad que tiene un individuo de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia, respetando el derecho del hombre y de la mujer a obtener información y seleccionar las formas de planificación familiar y otros métodos para regular la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos y ofrezcan a la pareja las máximas posibilidades de tener hijos sanos (Moya, 2008, p.7).

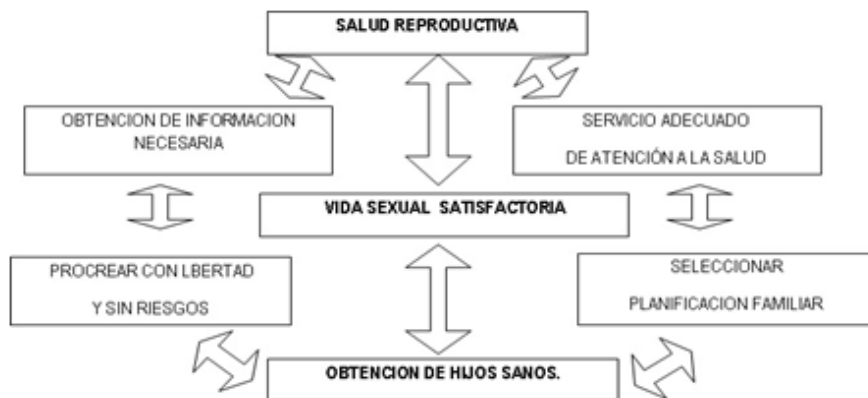
Conceptualización que ha sufrido transformaciones y replanteándose por la OMS que la salud sexual reproductiva es:

... la integración en el ser humano de lo somático, emocional, intelectual y social para lograr un enriquecimiento positivo de la personalidad humana que facilite sus posibilidades de comunicación y de dar y recibir amor... el estado de completo bienestar físico, mental y social, en los aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida” (Bello, 2016 y Calero, 2019). (Ver esquema1.1)

Con los cuidados brindados en la atención prenatal y durante el parto se ha contribuido a disminuir gradualmente la morbimortalidad Materno-Infantil, en los últimos años se ha insistido en la necesidad de realizar cuidados desde la etapa preconcepcional, lo que permitirá detectar cualquier circunstancia que limite en ese momento la procreación y poder actuar de forma preventiva, por lo que se hace necesario incrementar las acciones sanitarias en los grupos



vulnerables, especialmente en las mujeres en edades extremas, donde la adolescencia es un factor fundamental a tratar por la inmadurez no solo sexual sino de índole psicológica y las disfunciones que pueden presentar en los procesos parentales y a nivel social.



Esquema 1.1: Principales enfoques actuales de la salud reproductiva.

La actividad sexual de las adolescentes está cada vez más, objeto de preocupación de las políticas sanitarias y sociales en diferentes países del mundo, pues se asocia fuertemente a embarazos no deseados y adquisición de infecciones de transmisión sexual (ITS), entre otros. Por tal motivo los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2015-2030) dan especial importancia a la salud de adolescentes y jóvenes, principalmente en lo que respecta a la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) de este grupo vulnerable. A pesar de encontrar adolescentes y jóvenes en los grupos dispensariales supuestamente sanos, ellas poseen un mayor riesgo de sufrir morbi-mortalidad en relación con su salud sexual, por lo que se hace necesario ofrecer una educación

sexual atemperada a sus culturas, de forma tal que estas sean capaces de adquirir los conocimientos necesarios para el disfrute sano de su sexualidad.

Desde el triunfo de la revolución en Cuba se han hecho importantes cambios en el sector de la salud, donde se creó el programa del Médico y Enfermera de la Familia para ofrecer una asistencia médica integral, preventiva y dispensarizada a cada uno de los miembros de la familia tratando además de forma especial a los grupos vulnerables como el grupo de adolescentes. Este grupo posee sus propias características: en él ocurren cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales que son capaces de marcar al individuo para toda su vida. Así mismo la conducta sexual se comporta de manera muy inestable y en ella intervienen diferentes factores como los psicológicos, por lo que la familia orientada y asesorada adecuadamente por el médico y enfermera de la familia sobre las características esenciales de esta etapa y la conducta sexual en los adolescentes, tendrá la capacidad de conducir a sus adolescentes y lograr una salud sexual y reproductiva óptima.

Como se conoce y se ha manifestado, la familia constituye la célula fundamental de la sociedad pues posee una función protagónica en la educación integral de sus miembros por lo que es el primer ente educador y el más importante. En lo referente a la salud sexual y reproductiva les corresponde a los padres la correcta educación sexual de sus hijos. (Albornoz, 2019).

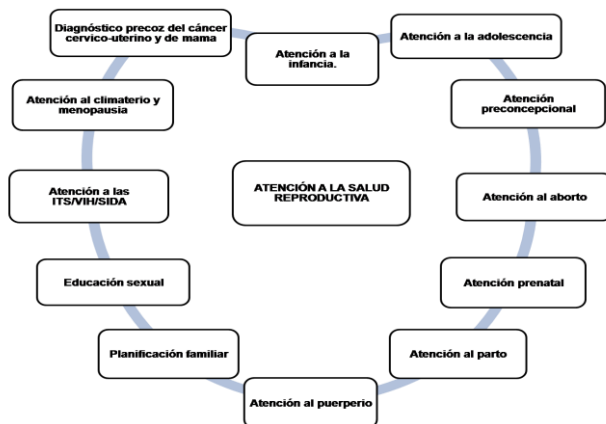
La atención a la salud reproductiva es definida como:

... el conjunto de métodos, técnicas y servicios que permiten el bienestar reproductivo y preservar la salud al resolver o evitar los problemas relacionados con ésta. Se inserta en la

misma la atención a la salud sexual que se fundamenta en el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, así como el asesoramiento a la reproducción y a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), teniendo diferentes campos de acción (Castro, 2019, p.31). (Ver esquema 1.2).

Por otro lado se entiende por salud sexual:

... la aptitud para disfrutar de las actividades sexual y reproductiva, así como amoldarse a criterios de ética social y personal; la ausencia de temores, sentimientos de vergüenza, culpabilidad, creencias infundadas y otros factores psicológicos que inhiben la actividad sexual o perturban las relaciones sexuales, así como trastornos orgánicos de enfermedades y deficiencias que entorpecen dichas actividades (Álvarez, 2017, P.7).



Esquema 1.2- Componentes de la atención a la salud reproductiva.

En el desempeño de Enfermería se debe atender al individuo integralmente e identificar todos los acontecimientos y factores sociales, culturales, políticos y económicos e incluir el enfoque de la intersectorialidad que permita actuar en consecuencia para lograr un mejor bienestar de la población.

Es necesario que el enfermero actúe en la prevención de la morbilidad y mortalidad durante la reproducción ya que es uno de los pilares fundamentales para el buen desarrollo de la salud reproductiva.

El principal instrumento para lograr este fin es el tratamiento del riesgo reproductivo, por lo que es imprescindible el conocimiento y dominio de las siguientes definiciones:

- **Enfoque de Riesgo:** es el método epidemiológico que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos sustentado en el concepto de Riesgo.
- **Riesgo:** es la probabilidad de sufrir un daño a la salud, o sea, de que un hecho ocurra, estableciéndose de esta forma un sinnúmero de necesidades de cuidados que va desde una persona con bajo riesgo a probabilidad de presentar un daño hasta una de alto riesgo para aquellas con elevada probabilidad de sufrir en el futuro complicaciones en su salud.
- **Factor de Riesgo:** es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas, asociadas con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido.
- **Riesgo Reproductivo:** es la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción que afectará a la madre, al feto y al recién nacido por factores biológicos, psíquicos, genéticos, sociales, culturales, económicos o políticos.

Hay que considerar que en una misma persona pueden existir más de uno de estos factores de riesgo antes mencionados. De ahí la importancia de identificar precozmente los mismos, lo que permitirá planificar de forma adecuada las acciones futuras, facilitar la adecuada utilización y redistribución de los recursos, aumento de la cobertura, la mejor referencia de los pacientes, el correcto cuidado de la familia y la asistencia clínica. (Cortés, 2007 y Rojas, 2016).

La intervención a desarrollar necesita una estrategia de salud que permita la solución o la reducción de uno o más de los problemas identificados en la salud reproductiva; para ello se proponen tener en cuenta los siguientes elementos:

- Brindar adecuada promoción y educación para la salud a la población tanto en la comunidad como en los servicios hospitalarios.
- Detectar tempranamente los factores de riesgo y actuar en consecuencia.
- Cumplir y jerarquizar el cumplimiento del tratamiento prescrito, el cual debe ser precoz y oportuno siempre que sea posible.
- Estar preparado con suficiente competitividad en las diferentes pruebas de tecnologías disponibles y prácticas con el uso racional de los mismos.
- Coordinar con los sectores interesados en la planificación y prestación de los servicios de salud en todos los niveles de atención.
- Insertar a la comunidad en la toma de decisiones y en la ejecución de las intervenciones, solicitar el consentimiento



informado y utilizar las normas de comunicación social.

- Intensificar las investigaciones que permitan identificar los factores de riesgo y diseñar estrategias que resuelvan los problemas encontrados. (Gómez y col, 2015) y (Álvarez y col, 2017).

Usualmente se utiliza esta relación para el enfoque del riesgo reproductivo:

***Riesgo Reproductivo***=*Riesgo Preconcepcional* + *Riesgo Obstétrico* + *Riesgo Perinatal*. (Rigol, 2014).

## **1.2. Enfoque de riesgo preconcepcional.**

Desde las épocas ancestrales se abordó la necesidad del control del embarazo mediante métodos antiguos y diversos factores que se asociaban al proceso de reproducción. En el siglo XVI se justifica el control de la natalidad por razones de salud o pobreza. Desde entonces se evalúan algunas condiciones que determinaban los nacimientos. Desde la antigüedad, se comenzaron a utilizar métodos para evitar el embarazo, para conocer la predisposición genética de la descendencia, los períodos intergenésicos y la edad más acertada para la procreación. (Alicia, 2018).

La salud sexual y reproductiva (SSR) trata de asegurar que el individuo sea capaz de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y libre de riesgos, con la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo. (Alicia, 2018).

La salud materno-infantil constituye uno de los principales indicadores para medir el nivel de desarrollo de un país el cual tiene como objetivo conseguir el óptimo estado de salud tanto

para las madres como para los niños y tiene como propósito lograr recién nacidos sanos, y madres sin complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. El riesgo reproductivo permite conocer aquellas mujeres, familias y poblaciones vulnerables y encaminar hacia ellos las acciones y los recursos disponibles para su atención oportuna abarcando el riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC), obstétrico y perinatal. (Ardevol, 2015).

Muchas son las causas que pueden llevar a una mujer a ser considerada como Riesgo Preconcepcional entre las que se pueden citar: las edades extremas (adolescentes y añosas), el estado nutricional, la baja talla, los hábitos tóxicos, los antecedentes obstétricos y los antecedentes patológicos personales entre otros. (Gámez, 2015).

En este sentido el personal de enfermería entra a jugar un rol protagónico, en la práctica del cuidado y en el arte de enseñar a las mujeres en edad fértil sobre el autocuidado de su salud, para lograr embarazos en óptimas condiciones, disminuyendo con ello el riesgo preconcepcional.

Por tal motivo es imprescindible que los embarazos se produzcan de forma deseada, planificada y cuando la madre se encuentre en las mejores condiciones tanto desde el punto de vista biológico, psicológico, social, como económico para enfrentarlo. Por lo que es fundamental integrar arte y ciencia en el acto del cuidado de enfermería, a partir de una buena praxis, para contribuir al desarrollo de las tendencias respecto a su saber y su hacer. (Alicia, 2018).

El Riesgo Preconcepcional, es definida como “la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir un daño durante el proceso de reproducción que puede repercutir desfavorablemente en el binomio madre e hijo durante el

embarazo, parto o puerperio. (Obach, Sadler y Jofré, 2017) y González y col, 2017). En este sentido, se considera que en la adolescencia la conducta sexual se activa de forma creciente, con aumento en los compañeros sexuales, incrementándose el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados.



*Fig 1.1. Diferentes métodos para regular la concepción.*

Esta clasificación del riesgo no puede ser esquemática y debe hacerse de forma individualizada basada entre otros en los siguientes criterios, antecedentes o condiciones generales que a continuación se relacionan:

- La edad de la persona, que aumenta el riesgo en las de menores de 18 años y en las mayores de 35 años.
- El peso, con especial atención en las malnutridas por defecto, que en muchos casos ocasiona parto pretérmino, y toxemias, así como las de por exceso que ocasionan trastornos hipertensivos, prematuridad, bajo peso al nacer, entre otras.
- Las condiciones sociales desfavorables, tales como los hábitos tóxicos, la drogadicción, la

promiscuidad, la pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intentos suicidas, problemas económicos, maltratos y violencia intrafamiliar, nivel cultural bajo, dermatofismo.

- Los antecedentes obstétricos: tener presente la paridad, en este caso la nuliparidad y la gran múltipara de más de 3 hijos, el periodo intergenésico corto cuando los embarazos entre uno u otro ocurren en menos de un año en las púerperas normales y menos de 2 años en las cesáreas, la secuencia de abortos espontáneos, los antecedentes de malformaciones y de muertes perinatales; en este caso es vital la tenencia de recién nacidos bajo peso, pretérminos, las enfermedades crónicas no transmisibles, malformaciones uterinas, miomas uterinos, antecedentes de toxemias así como la madre Rh negativo.
- Los antecedentes patológicos personales, tales como Hipertensión Arterial, Nefropatías, Hepatopatías, Asma Bronquial, Anemias. Escobar (2019), Sarmiento y autores (2019).

En este sentido, el profesional de Enfermería en su gestión de cuidado para garantizar una adecuada salud sexual y reproductiva en los adolescentes desde su modo de actuación debe realizar acciones de promoción y prevención de salud que permitan la modificación de los factores de riesgo en los diferentes niveles de atención, por lo que se proponen las siguientes:

## Principales acciones de Enfermería a desarrollar en el Riesgo Preconcepcional

### *En la atención Primaria:*

- Identificar los riesgos de la mujer no gestante con vida sexual activa y que puede en un futuro procrear y desee hacerlo.
- Dispensarizar adecuadamente y actuar en consecuencia.
- Negociar con la pareja sobre la planificación familiar con los métodos anticonceptivos que puedan ser más acertados según las características individuales.
- Orientar y asesorar de forma adecuada sobre las ventajas y desventajas del método anticonceptivo elegido.
- Mantener el estricto control y jerarquización de las parejas con métodos anticonceptivos y su seguimiento en la consulta de planificación familiar y otras especialidades según el riesgo evaluado.
- Brindar acciones de promoción y educación para la salud que permita disminuir los daños del riesgo identificado.
- Formar grupos de acción comunitaria capacitados en los diferentes riesgos en la salud reproductiva, con la finalidad de transmitir conocimientos para generar conductas conscientes en cuanto a la maternidad y paternidad responsable.



### *En la atención secundaria:*

- Brindar actividades de Educación para la Salud a las pacientes ingresadas con diferentes afecciones crónicas no transmisibles y otras entidades sobre los riesgos de un embarazo en el curso agudo de la enfermedad.
- Mantener coordinación con la Atención Primaria de Salud sobre las condiciones en que egresa la paciente para ser seguidas y controladas por el área de forma exhaustiva e integral.
- Incrementar las acciones encaminadas a una reproducción conciente y segura en cuanto a la percepción del riesgo y sus complicaciones, el uso adecuado de los métodos contraceptivos con previa consulta con el facultativo, la necesidad del adecuado control de su enfermedad de base y la información oportuna de la planificación del embarazo para que se realicen los exámenes correspondientes con la finalidad de valorar cualquier situación que pueda poner en riesgo el producto de la concepción y la salud de la futura madre.

### **Métodos biológicos**



- a) Método: temperatura basal
- b) Método del calendario.
- c) Implantes

*Figura 1.2: Método anticonceptivo biológico (implantes)*

*Fuente: RA Hatcher. Universidad Jonhs Hopkins, 1999.*

## Métodos de barrera



- a) Condón o preservativo
- b) Condón femenino
- c) Capuchón cervical

*Figura 1.3: Método anticonceptivo de barrera (condón femenino)*

*Fuente: RA Hatcher. Universidad Jonhs Hopkins, 1999.*

## Dispositivos Intrauterinos (DIU)



*Figura 1.4: Método anticonceptivo (dispositivos intrauterinos-DIU)*

*Fuente: RA Hatcher. Universidad Jonhs Hopkins, 1999.*



*Figura 1.5: Material y equipo que se utiliza para la colocación y retiro de los DIU.*

*Fuente: RA Hatcher. Universidad Jonhs Hopkins, 1999.*

### 1.3. Enfoque de riesgo obstétrico.

Riesgo Obstétrico: es la probabilidad que tiene una mujer de sufrir un daño durante el embarazo, tanto en la etapa prenatal como en el parto. (Todd, 2009) y Rigol, 2014).

En este tipo de riesgo se incluyen factores que presentaba la mujer antes de la concepción, por lo que la prevención primaria de estos evitaría potencialmente las enfermedades y muertes en la madre y en el niño al prevenirse un embarazo

de elevado riesgo, también se incluyen las anemias, las infecciones, los trastornos en la curva de peso, la Enfermedad Hipertensiva Gravídica, las gestorragias del tercer trimestre, los hábitos tóxicos y los riesgos durante el parto. (Yong, 2014; Essack, 2016 y Rodríguez, 2015).



*Figura 1.6: La captación precoz de la embarazada garantiza de la calidad de atención prenatal.*

Estos riesgos aumentan cuando en una misma gestante aparecen más de uno de estos factores, acrecentando la posibilidad de complicaciones; otras de las cuestiones a valorar es el dinamismo de la valoración del riesgo, ya que pueden incrementarse, mantenerse o disminuir, por lo que el

enfermero debe suponer la valoración continúa, completa e integral de todas las embarazadas.

El embarazo de riesgo incluye a la madre y al feto y es a su vez el que presenta un riesgo estadísticamente elevado de accidente perinatal por sus antecedentes, anomalías o condiciones generales durante este periodo. Bello (2016), Albornoz (2019).

### *Clasificación del riesgo obstétrico*

- De bajo riesgo: donde se incluyen a las gestantes con antecedentes de déficit nutricional, muerte perinatal, incompetencia cervical o uterina, parto pretérmino, parto bajo peso, isoimmunización Rh, preeclampsia-eclampsia, hematoma retroplacentario, cesareadas anteriores u otra operación uterina.

- De alto riesgo: incluyendo a las gestantes con antecedentes de tumoración de ovario, Hipertensión Arterial, Enfermedad Renal, Diabetes Mellitus, Cardiopatías, Procesos malignos, Anemia por Sicklemlia, Enfermedades pulmonares, Trastornos del tiroides, epilepsia. (Rigol, 2014).

Durante el embarazo se considerará en cada consulta prenatal y visita al hogar los siguientes riesgos:

- De bajo riesgo: presencia de infecciones virales, ganancia inadecuada de peso corporal, habituación al tabaquismo y al alcoholismo, signos de más, anemias con perfiles hematológicos por debajo de 10 g/l.
- De alto riesgo: las manifestaciones de enfermedad hipertensiva inducida por la gestación, pielonefritis, isoimmunización Rh, diabetes gestacional, gestorragias, polihidramnios, oligoamnios, enfermedad tromboembólica, embarazo múltiple, rotura prematura de membranas, infección ovular o genital, signos de menos, amenaza de partos pretérminos. (Rigol, 2014) y MINSAP, 2012).

*Durante el parto se consideran riesgos los siguientes:*

Las gestorragias de la 2da mitad, las laceraciones del canal del parto, la atonía uterina, las infecciones por rotura de membranas amnióticas, la retención de fragmentos placentarios, la evidencia de violaciones de normas de asepsia y antisepsia durante los diferentes periodos del parto, la baja talla materna menor de 145 cm, las presentaciones

viciosas del feto, la desproporción cefalopélvica, las disdinamias uterinas y las instrumentaciones. (Acharya y col, 2019; Nápoles, 2017 y Sharma, 2009).

Por lo anteriormente expuesto, se deduce la importancia de los cuidados de Enfermería a realizar en las adolescentes para minimizar el riesgo obstétrico, los cuales deben tener un carácter holístico con la participación de la pareja y la familia, se proponen las acciones siguientes:

*Principales acciones de Enfermería a desarrollar en el riesgo obstétrico:*

*En la atención primaria:*

- Identificar en cada consulta prenatal, visita al hogar o valoración exploratoria hospitalaria los factores de riesgos antes mencionados.
- Educar sobre la maternidad y paternidad responsable.
- Detectar síntomas y signos de infecciones Cervico-vaginales y actuar en consecuencia.
- Realizar la inmunización de la gestante según esquema de vacunación.
- Educar a la embarazada y controlar la nutrición y alimentación complementaria.
- Vigilar estrictamente la curva de peso y de la tensión arterial.
- Brindar orientaciones genéticas y sobre las diferentes investigaciones en cada consulta o visita al hogar.



- Realizar examen físico ginecológico en la captación, es de suma importancia insistir en la exploración de las mamas para detectar alteraciones que pudieran incidir de forma negativa en el proceso de amamantamiento y jerarquizar la realización de la citología orgánica según programa.
- Evaluar periódicamente a la gestante y brindar Educación para la Salud en cada consulta y visita al hogar.
- Orientar a la gestante sobre los controles prenatales y la importancia de la asistencia a cada consulta.
- Ayudar a la familia a transitar y a acompañar a la gestante en cada una de las etapas del embarazo y parto.
- Instruir a la gestante sobre el cumplimiento de la terapéutica medicamentosa profiláctica de la anemia y de la enfermedad hipertensiva, así como el tratamiento indicado según afecciones diagnosticadas durante el embarazo, vigilando las reacciones adversas, la adecuada dosificación y el horario de los mismos.

*En la atención secundaria:*

- Identificar la queja por la que ingresa la embarazada y establecer prioridad según código de colores.
- Revisar al ingreso de la gestante: la atención prenatal recibida a través de la valoración de la

historia obstétrica: captación, número de consultas, atención y alta estomatológica, inmunización, curva de tensión arterial y de peso, altura uterina, foco fetal, psicoprofilaxis, test de movimientos fetales, cambios o modificaciones locales y generales del organismo materno durante la gestación, valoración psicosocial y de otras especialidades.

- Vigilar por el cumplimiento estricto de las órdenes médicas.
- Evaluar los riesgos y necesidades del paciente y brindar cuidados según prioridad de los problemas identificados.
- Vigilar la higiene y confort de los pacientes y estimular al cumplimiento de las normas de convivencia social.
- Brindar Educación para la Salud. encaminada a la lactancia materna y otros temas de interés según lo planificado en cada servicio obstétrico.
- Vigilancia del bienestar materno-fetal a través de la exploración física cefalocaudal, enfatizar en las alteraciones obstétricas y de otras afecciones: estado de las mucosas características de las mamas, foco fetal, dinámica uterina, altura uterina, presencia o no de pérdidas vaginales y sus características, alteraciones de los pulsos periféricos, miembros inferiores, entre otras.

Durante el parto y puerperio:

- Cumplir con el programa de maternidad y paternidad responsable.
- Vigilar y prevenir las hemorragias y las infecciones u otras complicaciones.
- Iniciar la lactancia materna en los primeros 15 minutos de nacido el niño.
- Instruir sobre los cuidados del recién nacido.
- Brindar consejería sobre la planificación familiar.

Al egresar la puérpera, dar constancia para el área de salud de las condiciones en que egresa la puérpera enfatizando en: las características del parto, evolución de los primeros días del puerperio, inmunización del recién nacido, practica de lactancia, estado hemodinámico, complicaciones presentadas, dejando bien claro cuales problemas o necesidades aún no han sido resueltas en el paciente al ser dado de alta.

Al recibirse la puérpera en la atención primaria de salud se debe:

- Haber realizado la captación precoz del recién nacido en la unidad asistencial y valorar el estado físico general del neonato, insistir en los antecedentes del parto y cuales fueron las posibles complicaciones y medicaciones que recibió la parturienta, el puntaje del Apgar, el sexo del niño, el peso al nacer y si hay presencia o no de malformaciones u otra alteración.
- La enfermera de la comunidad al realizar la visita al hogar de la puérpera debe revisar las

recomendaciones emitidas por la atención secundaria al egreso de la misma, insistir en la identificación de los problemas que no se han podido vulnerar para su seguimiento y control en la atención primaria.

- Vigilar el entorno del hogar, el estado emocional y psicológico de los miembros del núcleo familiar estimulándolos a participar activamente en el cuidado integral de la madre y el niño.
- Vigilar el estado hemodinámico y psicológico de la puérpera, si está en condiciones de enfrentar el rol de madre cuidadora.
- Mantener estricto control sobre la práctica de la lactancia materna e insistir en que se mantenga exclusiva hasta los 6 meses de vida del niño o hasta que el médico indique la ablactación. Es preciso que el enfermero en cada visita al hogar sea capaz de determinar la presencia u ocurrencia de posibles causas de abandono del proceso de amamantamiento y ayudar a buscar soluciones para evitarlo.
- Instruir a la madre y familia sobre el control higiénico y medio ambiental e insistir en la adecuada alimentación y la ingestión de los antianémicos por lo menos hasta 6 meses postparto.
- Orientar sobre la asistencia a la consulta de puericultura y el esquema de inmunización de su hijo, asesorando en cuanto al tipo de vacuna, contra que inmuniza, cuándo se administra, la

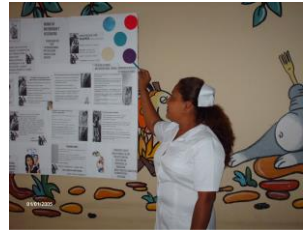
dosis, la vía, el lugar de inyección y las reacciones adversas y precauciones para su administración.

- Citar a la puérpera a la consulta con el médico de familia para que realice la revisión del canal del parto a los 45 días postparto.
- Orientar sobre los riesgos potenciales y las medidas a adoptar para evitar complicaciones.
- Promocionar la planificación familiar.

### **Atención Prenatal.**



*Figura 1.7: La inmunización de la embarazada con Toxoide Tetánico la protege contra el tétanos neonatal y materno*



*Figura 1.8: Actividades de Promoción y Educación para la salud. El programa de Maternidad y Paternidad responsable.*

## **1.4. Enfoque de riesgo perinatal.**

- Riesgo Perinatal: este periodo abarca desde las 28 semanas de gestación hasta la primera semana de vida del recién nacido, comprende el periodo fetal tardío y el período neonatal precoz. En él se unen un conjunto de condiciones

clínicas que incluyen factores maternos, fetales y neonatales. (Rigol, 2014) y MINSAP, 2012).

Dentro de las condiciones maternas están: la edad, nivel socioeconómico bajo, antecedentes de infertilidad, tabaquismo, enfermedades endocrinas por Diabetes Mellitus y del tiroides, malnutriciones, infecciones del tracto urinario, pulmonares, cardiocirculatorias, hipertensión arterial, índice de líquido amniótico, gestorragias, rotura de membranas amnióticas, infección, hipertermia y drogadicción. (Torres y col, 2017).

En las condiciones fetales se hallan: los embarazos múltiples, el crecimiento intrauterino retardado, la macrosomía fetal, la malposición, alteraciones del foco fetal, acidosis y disminución de movimientos fetales.

Los factores presentes en los diferentes periodos del parto están condicionados por la asfixia, trabajo de parto pretérmino, trabajo de parto muy rápido, trabajo de parto prolongado, presentaciones anómalas, prociencia del cordón umbilical, hipotensión arterial, choque materno, polisistolia, fiebre, cesárea, analgesia y anestesia, así como las anomalías placentarias. (Rincon y col, 2017 y Soler, 2019).

En las condiciones neonatales inmediatas se incluyen la prematuridad, el Apgar bajo sostenido, sangramiento neonatal, el retardo del crecimiento intrauterino y la postmadurez. (Ricardo y col, 2015 y Fernández, 2019).

En este sentido, el profesional de enfermería como gestor de cuidados debe encauzar una serie de medidas que le permitan desde la atención al riesgo preconcepcional y prenatal minimizar el riesgo perinatal. Para ello se proponen las acciones siguientes con respecto al neonato:

### *Principales acciones de Enfermería a desarrollar en el Riesgo Perinatal:*

- Vigilar las condiciones maternas y valorar adecuadamente el feto que permita tener listo todos los aditamentos para actuar rápidamente si existiese la inminencia de un Apgar bajo.
- Extremar las medidas de asepsia y antisepsia.
- Mantener la termorregulación adecuada del neonato, para evitar la hipotermia e hipertermia.
- Realizar los cuidados inmediatos del recién nacido, insistir en la valoración del neonato a través de los parámetros del Apgar para detectar tempranamente signos de asfixia y actuar en consecuencia.
- Promover y cumplir el alojamiento conjunto y el programa de piel a piel.
- Iniciar la lactancia materna en los primeros 15 minutos de vida.
- Orientar las medidas para evitar la infección perinatal.

En todas estas acciones encaminadas a brindar una adecuada atención a la salud reproductiva, se hace imprescindible la educación para lograr un comportamiento sexual y reproductivo sano que debe iniciarse desde el nacimiento hasta la última etapa de la vida; enfatizar en la familia la búsqueda de patrones adecuados y ser ejemplos en la vida cotidiana fortalecerá el comportamiento futuro de ese individuo.

No se puede olvidar el apoyo que brinda la escuela en el completamiento de esas normas conscientes de sanidad reproductiva a través de los diferentes programas y asignaturas vinculadas a estos temas, de normas de convivencia social y de relaciones interpersonales, actividades que se inician desde el programa “Educa a tu hijo”, en la enseñanza pre-escolar, hasta las tareas de educación cívica. Con la implementación de instrumentos educativos de teleclases sobre sexualidad en las edades más avanzadas, se ha definido muy bien para que cada grupo de edad conozca según la madurez biológica, psíquica y social en torno a los cambios y desarrollo del organismo alcanzado hasta esa etapa.

Por lo que se recomienda fortalecer la integración que existe entre la salud y las organizaciones de masas: los Comité de Defensa de la Revolución (CDR), la Federación de Mujeres Cubanas (FMC) y el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), los cuales han facilitado cumplir con las expectativas en cuanto a la pesquisa del programa de detección precoz del cáncer cervicouterino y de mamas, el logro de resultados en el programa de maternidad y paternidad responsable, campaña de vacunación, y otras actividades de promoción en la atención ginecológica. Depende del enfermero, entonces, la capacitación y preparación de las brigadistas sanitarias para que sean capaces de desarrollar unidos con el facilitador de salud programas promocionales y de Educación para la Salud hacia la mujer en aras de lograr el impacto en la reducción de los problemas reproductivos en la comunidad.



Una de las complicaciones del embarazo en la adolescencia es el bajo peso al nacer, identificada como una de las principales



causas de morbilidad y mortalidad neonatal. Dentro de las acciones del riesgo perinatal se encuentra la vigilancia y control de estos recién nacidos, en este sentido, el programa piel a piel constituye un soporte terapéutico para disminuir la morbimortalidad neonatal y mejorar la calidad de vida de los recién nacidos.

### **1.5. Particularidades de la salud reproductiva en la atención a la adolescente.**

Las adolescentes se consideran como el sector de la población con riesgo reproductivo elevado que puede aumentar el daño reproductivo y por ende generar la enfermedad o la muerte. En este sentido se considera que:

... la adolescencia es una etapa de la vida en la cual el niño se transforma en adulto. Está comprendida desde los 10 hasta los 19 años y es una época de rápidos cambios donde el desarrollo físico es una parte del proceso, se afronta una amplia gama de requerimientos psicosociales al encarnar con tan compleja sucesión de cambios concernientes a su evolución como ser humano. (Monroy, 2014, p.7).

En este período ocurre un rápido incremento de las dimensiones físicas, un cambio en la forma y composición del cuerpo, a la vez que se produce un rápido desarrollo de los órganos sexuales secundarios. La nueva formación central y específicamente la personalidad del adolescente es la tendencia a ser y a considerarse adulto, esta expresa la nueva posición vital del adolescente con respecto a las personas y al mundo, determina la orientación específica y el contenido de su actividad social, el sistema de nuevas aspiraciones y reacciones afectivas. La adolescencia es el tiempo de las contradicciones de lo absoluto, de la intransigencia para la joven, una de las primeras contradicciones es la de mantener

mente infantil en cuerpo de mujer. (Ceballos y col, 2012 y Fernández, 2016).

La definición y el enfoque conceptual del adolescente y el joven de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) es la siguiente:

La adolescencia transcurre en la segunda década de la vida, transcurre desde la pubertad hasta los 19 años, dividiéndola en las siguientes etapas:

- Adolescencia temprana: comprende entre los 10 y 13 años.
- Adolescencia media: comprende desde los 14 a los 16 años.
- Adolescencia tardía: abarca desde los 17 a los 19 años. (UNICEF, 2009) y Gardner, 2010).

El enfermero, en su campo de actuación, debe ser capaz de brindar la información necesaria referente a los cambios puberales, a las relaciones personales y de convivencia social y relativa a la sexualidad; para ello debe estar preparado con conocimientos y habilidades en esta materia para poder tranquilizar y aclarar las diferentes inquietudes que los adolescentes constantemente le expondrán.

En la actualidad se han creado en todo el país servicios de salud sexual y reproductiva; en lo referente a este grupo de edades, existen las consultas infanto-juveniles que han ganado un espacio meritorio en el campo de la salud por lo que representa en cuestión de vulnerabilidad sanitaria la adolescencia. Estos servicios tienen la finalidad de:

- Proteger y mejorar el estado de salud actual de la adolescencia.

- Insertar en su atención técnicas educativas para que los adolescentes comprendan y conozcan su sexualidad y necesidades de salud reproductiva que facilita la toma de decisiones de forma responsable y activa.
- Planificar estrategias para la prevención del embarazo no deseado.
- Incentivar la práctica de una sexualidad segura en la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual.
- Prevenir problemas graves de salud y muerte prematura por complicaciones del embarazo y aborto de riesgo.
- Aspirar a un futuro saludable en los grupos de adolescentes. (Peláez, 2007).

*Como componentes o niveles de atención de las consultas infanto-juveniles:*

- Atención ginecológica ambulatoria a la niña y adolescente.
- Atención hospitalaria ginecológica clínico-quirúrgica.
- Atención diferenciada al aborto y regulación menstrual.
- Atención diferenciada al embarazo, parto y puerperio de la adolescencia y descendencia. (MINSAP, 2013; González y col, 2016).

Por lo anteriormente expuesto se deduce la importancia que reviste para el equipo de salud la atención integral de la

adolescente en los diferentes niveles de atención. El profesional de Enfermería en las actividades de prevención y promoción de salud debe considerar las características individuales de este grupo poblacional para poder encauzar acciones que les permita brindar la asesoría necesaria y los cuidados en las adolescentes vinculados con la familia como eslabón fundamental para la adecuada manifestación de conductas generadoras de salud, el autocuidado y las prácticas que conlleven a mantener un ambiente social adecuado en el manejo de los conflictos con la utilización de las redes de apoyo, que faciliten la solución de problemas de los procesos salud-enfermedad desde el punto de vista reproductivo en la adolescente.

*Principales acciones de Enfermería que se deben cumplir en los servicios de atención infanto-juvenil:(solo hacemos referencia a la atención de la adolescente)*

- Colaborar en el diagnóstico y tratamiento de la vulvovaginitis en adolescentes premenárquicas.
- Orientar y asesorar a las adolescentes sobre los trastornos de la pubertad y de los cambios fisiológicos de este periodo.
- Facilitar los materiales y equipos necesarios para el diagnóstico de las afecciones mamarias no quirúrgicas y la remisión de aquellas que precisen de cirugía u otra terapéutica en otras instituciones.
- Brindar información sobre sexualidad con énfasis en la prevención de la conducta sexual de riesgo.

- Colaborar con el médico en el examen ginecológico y en el adecuado tratamiento del dolor pélvico crónico, trastornos del ciclo menstrual, tumores ginecológicos en las adolescentes.
- Divulgar y promover el uso de los métodos anticonceptivos más eficaces, asequibles, seguros y adecuados a sus características y necesidades.
- Identificar a través de la valoración y exploración física los síntomas y signos de una Infección de Transmisión Sexual u otras infecciones cervicovaginales.
- Realizar cuidados diferenciados en el aborto, regulación menstrual, durante el parto, puerperio y con el producto de la concepción.
- Colaborar con el proceso de familiarización de la adolescente gestante con la institución donde tendrá su parto.
- Mantener estricto control y jerarquización de las adolescentes dispensarizadas de riesgo.
- Cumplir el consentimiento informado en cada proceder que se vaya a realizar y extremar la ética profesional.
- Verificar seguimiento de las adolescentes en la consulta de planificación familiar e infanto-juvenil y en el caso de embarazos, en la consulta de atención prenatal y especializada.

- Brindar psicoprofilaxis del parto y promover el programa de maternidad y paternidad responsable a la adolescente, al padre y a la familia.

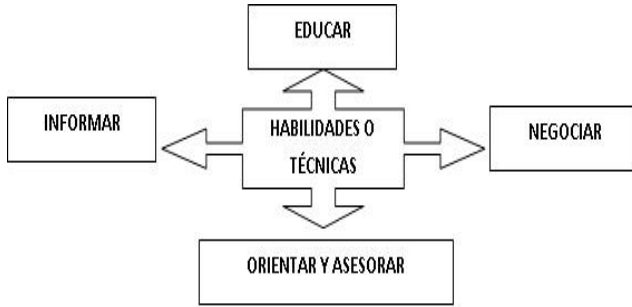
En los capítulos posteriores se hará referencia a cada uno de los elementos de la salud reproductiva por individual y cómo repercute en la salud de la adolescente en el riesgo Preconcepcional, riesgo obstétrico y riesgo perinatal.

En la actualidad la atención adecuada a la salud reproductiva se afecta o se limita por algunas barreras; entre las que se encuentran la falta de conocimientos e información, la falta de acceso a servicios y programas y algunas limitaciones psicosociales.<sup>66</sup>

Para contrarrestar estas barreras es necesario que se adopten las siguientes medidas donde se pueden desarrollar una serie de habilidades o técnicas. (Ver esquema 2.1)

- Educar: sobre los cambios puberales y cómo se produce el embarazo.
- Informar: que la salud reproductiva dura toda la vida y que debe iniciarse desde la adolescencia creando las bases para una reproducción sana y responsable.
- Negociar: sobre su sexualidad y el inicio de relaciones sexuales o coitales se aconsejará que de ser posible extenderla hasta los 18 años de edad, así como explicar los riesgos biológicos, psico-emocionales y sociales que conllevaría un embarazo en etapas muy precoces.

- Orientar y asesorar: sobre métodos anticonceptivos seguros, accesibles y eficaces, que se correspondan con sus características.



*Esquema 1.3: Habilidades o Técnicas para brindar adecuada atención a la salud reproductiva.*

A la adolescente hay que imponerla de los riesgos que atañe el inicio de las relaciones sexuales de forma precoz, independientemente del riesgo de contraer una Infección de Transmisión Sexual-VIH/SIDA, y de la tendencia a la inestabilidad de la pareja que conlleva al cambio frecuente de compañeros sexuales. Por ende deben también reconocer la alta predisposición para contraer afecciones benignas o malignas del cuello uterino en el futuro.

Por otro lado, hay que informarles acerca del riesgo de un embarazo que al no haberse completado la madurez física ni el desarrollo completo de los órganos genitales y sus funciones pudiera originar distocias en el momento del parto. Concientizarlas del aumento del riesgo de prematuridad, abortos espontáneos, recién nacidos bajo peso al nacer y muertes fetales intrauterino, por tener una mayor predisposición a la enfermedad hipertensiva gestacional y otras afecciones que pueden conllevar a la muerte materna o infantil, además

de la repercusión en su proyecto de vida, ya que muchas abandonan los estudios que conlleva a un desenlace fatal en la crianza de los hijos. (Millán y col, 2015 y Bello y col, 2014).

De lo anterior se deduce que el adolescente en riesgo según Haggerty constituye: “el segmento de la población, que bajo las actuales condiciones, tiene pocas probabilidades de crecer hacia una adultez responsable, o sea, no está preparado para fuerza de trabajo, para ser padres capaces y enfrentar procesos políticos”. (Citado por Pérez, 2002, p.33).

La identificación de conductas sexuales de riesgo permite establecer y dispensarizar a las adolescentes por grupos y de esta forma poder realizar acciones individualizadas en aras de revertir los factores modificables. Se consideran los siguientes:

- Inicio sexual precoz y ocurrencia de las relaciones sexuales en lugares y condiciones desfavorables.
- Continuos cambios de pareja que conllevan a la promiscuidad.
- Escaso o nulo uso de métodos anticonceptivos.
- Poco reconocimiento de los riesgos y sus consecuencias.
- No planeamiento del embarazo en pareja.
- Déficit de conocimientos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y medidas de prevención, así como de sexualidad y de educación sexual.

Dentro de las Condiciones Sociales de Riesgos, se focalizan las personas con antecedentes y conductas de alcoholismo,



de tabaquismo, los drogadictos, fuga del hogar, práctica de la violencia como estilo de vida, conductas suicidas, comportamientos que aumentan el riesgo de lesiones y accidentes. (Torriente, 2016, y Álvarez y col, 2017).

A continuación se relacionan las principales consecuencias de esta conducta sexual de riesgo:

- Disfunciones sexuales debido a frustraciones en sus relaciones.
- Embarazo precoz no planificado, ni deseado.
- Incremento de la práctica del aborto.
- Aumento en la ocurrencia de las infecciones de transmisión sexual.
- Daño reproductivo.
- Accidentes.
- Homicidios e intentos suicidas.
- Enfermedades.
- Muerte.

## **1.6. Estrategia para la prevención de daños y conductas de riesgo**

... la intervención fundamental es la promoción de la salud reproductiva que abarca campos y enfoques diversos y complementarios, donde se hallan la educación, la información, la comunicación social, la legislación, la formulación política, la reorientación de los servicios de salud y la activa participación de la sociedad. (Álvarez y col, 2017, p.9).

Las actividades deben desarrollarse en función de promocionar la salud y exponer los factores promotores de salud para fomentar estilos de vida saludables, tales como:

- Emplear la perspectiva de género: conocer cómo las adolescentes perciben su sexualidad, propiciar todas las informaciones y asesoramientos posibles sobre los servicios que se les puedan brindar sobre una sexualidad sana, identificar los grupos de pares y actuar sobre ellos para modificar las conductas sexuales de riesgo y sus consecuencias.
- Brindar adecuada educación sexual: facilitar información acertada sobre las relaciones sexuales protegidas y de ser posible la necesidad de extender el inicio de las mismas, orientar sobre los riesgos y consecuencias del aborto y de las ITS-VIH/SIDA.
- Emplear programas para la juventud: insistir para que los jóvenes asistan a los programas del círculo de adolescentes donde expongan sus experiencias y compartirlas en un colectivo en busca de hallar apoyo común, formar las escuelas de padres o tutores de la comunidad, lo cual ayudará a la familia a enfrentar los conflictos que diariamente enfrentan con los adolescentes y tener herramientas para la búsqueda adecuada de soluciones o por lo menos negociar en armonía las diferentes situaciones a las que se enfrenten, también podrán asesorar al hijo o hija en diferentes temas que les puedan preguntar sobre la sexualidad, formar promotores juveniles

sobre los principales problemas y riesgos que tienen las adolescentes en cada comunidad.

- Valorar las presiones psicológicas y sociales: identificar en la comunidad los signos o factores de violencia social y psicológica sobre los adolescentes y actuar sobre ellos para modificarlos, interactuar con la familia para que eliminen los tabúes y mitos acerca de la reproducción y la sexualidad.
- Emplear los medios de difusión masiva: utilizar adecuadamente en cada escenario posible los medios educativos de la televisión, la radio, la prensa; ahora se insertan los software educativos en los joven club de computación sobre temas de interés y realizar debates que permitan intercambios de experiencias, e identificar y aclarar las inquietudes o pensamientos erróneos que tienen los adolescentes sobre este tema; otra parte esencial son los materiales impresos de transmitir información un poco más explícita de lo que el adolescente desee saber; con la realización de los plegables, afiches, folletos, revistas se ha logrado una verdadera revolución en materia informativa hacia este grupo de edades, pero aún tenemos mucho por recorrer en este sentido.

El enfermero debe centrar la atención en optimizar el estado de salud, evitar las enfermedades e interrumpir la secuencia de pasos que conducen a la adolescente hacia la maternidad a través de la instrucción, orientación y servicios de

planeación familiar. Para ello es necesario crear un ambiente donde se sienta cómoda para solicitar ayuda con respecto a sus preocupaciones en el campo de la salud.

La educación sobre vida en familia y educación sexual, inicia desde que la niña pregunta de su sexo y temas relacionados con este. El enfermero debe preparar a la familia para crear un ambiente adecuado, libre de dogmatismo y prejuicios y con conocimientos sólidos sobre las respuestas que han de dar, sin engañar, ya que esto puede en un futuro lacerar las relaciones entre padres e hijos al no crearse un medio de confianza y honestidad. Por ello la educación moral debe basarse en el respeto y la camaradería en el seno familiar y en la escuela, donde, con la ayuda del personal de la salud, se podrá intervenir para lograr el bienestar en la salud reproductiva de la adolescente.

### **1.7. Consideraciones finales**

Los nuevos enfoques de salud reproductiva se basan en el logro de una vida sexual satisfactoria, sana y responsable que no represente ningún riesgo para la madre, la pareja y el producto de la concepción.

Los profesionales de enfermería en sus actividades de prevención y promoción de salud deben encauzar las acciones encaminadas a la disminución del riesgo reproductivo en las adolescentes, como población más vulnerable de conductas sexuales de riesgo.

Tener presente cuando se dispensarice a la población en el nivel primario de salud que las adolescentes reclaman un mayor esfuerzo educativo, donde se deben integrar el equipo multidisciplinario de salud y el papel rector de la familia y la comunidad.

Estas acciones deben ser bien planificadas e individualizadas y sentarán las bases del desarrollo de la persona, desde el punto de vista de normas, valores y relaciones sociales, las cuales no se asimilan de forma pasiva por la persona, por lo contrario muchas veces, ello ocurre después de haberse producido largas contradicciones internas.

El profesional de Enfermería no debe desestimar los cambios en la estructura social y familiar, los biológicos, la disminución en la edad a la primera unión, y en general, las características psicológicas tan acusadas que marcan el paso de la niñez a la adolescencia, los cuales constituyen factores de riesgo que, entre otras consecuencias, producen en no pocos casos embarazos, abortos o partos no deseados, con limitaciones para el ulterior desarrollo de las vidas de los padres e hijos al impedir su pleno desarrollo social, familiar e individual, que sin lugar a dudas es un riesgo reproductivo.

Constituyen elementos esenciales en la atención a la adolescente las habilidades comunicativas, psicoafectivas y sociales. El saber interpretar cada uno de los sentimientos y percepciones sobre el mundo que rodea a la adolescente permitirá actuar con pericia con acciones diligentes y resolver problemas y modificar actitudes.

El profesional de Enfermería constituye un eslabón fundamental en los diferentes servicios de atención infanto-juvenil, siendo prioridad las actividades que generen conductas responsables hacia la sexualidad con la interacción familiar.

## **CAPITULO II: VALORACIÓN Y EXPLORACIÓN GENERAL DE LA ADOLESCENTE**

En el siguiente capítulo se hace referencia a los diferentes cambios morfofisiológicos que sufre la adolescente durante la pubertad, con la caracterización de cada una de sus etapas.

De vital importancia lo constituye la integración del profesional de Enfermería en la valoración y exploración general de la adolescente, con la integración de los principios básicos que rigen la atención de Enfermería, en su relación con la ética y la bioética.

Finalizando este capítulo se realiza un breve análisis sobre las particularidades del Proceso de Atención de Enfermería como método científico de actuación en el ejercicio de la profesión, con una aproximación a los conceptos actuales de los diagnósticos-enfermero, con la aplicación de los sistemas de clasificación adoptado por La American Nurses Asociaton (ANA): El sistema de clasificación de diagnósticos **NANDA**, el sistema de clasificación de intervenciones (**NIC**) y el sistema de clasificación de resultados (**NOC**). Se ilustran los diferentes métodos de recogida de datos, con especial interés en la anamnesis y la exploración física y se ejemplifican los posibles diagnósticos de enfermería.

### **2.1. Aspectos morfofisiológicos de la adolescente**

En la adolescente existen cambios morfofisiológicos que se deben tener en cuenta cuando se realice la valoración y exploración general. (Peláez, 2007).

Cerca de la menarquía, el útero aumenta de tamaño, la consistencia del cérvix será más firme que la del útero, los ovarios aumentan de tamaño y se tornan redondos y junto al útero desciende hacia la pelvis, las trompas se modifican y

aumentan su espesor y se inician los movimientos peristálticos que más tarde servirá para transportar el huevo. La vagina se elonga hasta unos 11 centímetros y la secreción de sus glándulas favorecen la aparición de una leucorrea fisiológica en adolescentes premenárrquicas, que es una descarga vaginal de color transparente, de aspecto mucoso, no fétida y que no causa prurito. Pueden aparecer en este periodo los signos de madurez de desarrollo: el desarrollo mamario, los primeros indicios del vello pubiano que se inicia en los labios mayores y finalmente ocurre la menarquía que es la primera menstruación.

Durante este complejo proceso las mamas se hacen evidentes y aumenta progresivamente su volumen, la vulva se cubre de vellos así como las axilas, se deposita grasa de forma característica en diferentes partes del cuerpo, y se inicia el complejo ciclo menstrual, unido al mecanismo de la ovulación. (Cabrera y Álvarez, 2017 y Alfonso, 2015). Con la etapa puberal culmina el desarrollo de los órganos del sistema reproductor y no se producen nuevas modificaciones hasta que llegue el primer embarazo.

La pubertad es el periodo crítico del crecimiento y maduración entre la infancia y la edad adulta, puede durar entre 1 año y medio a 6 años, se inicia en cualquier momento a partir de los 8 años y 13 años y al finalizar todos los órganos reproductivos están en pleno funcionamiento, y la mujer ya está en condiciones de procrear. El tiempo de este proceso varía de una persona a otra y estará condicionada por la raza, la nutrición y la herencia.

### ***Las etapas de la pubertad se delimitan en:***

- Etapa I o pre-puberal: desde los 8 a 13 años: aquí se inicia la actividad gonadal: en las mamas

existirá un levantamiento de los pezones (denominado botón mamario), por crecimiento del tejido mamario que está debajo de ellos, que se conoce como telarquía o telarca, hay crecimiento uterino, de estatura y peso corporal.

- Etapa II: que abarca desde los 9 a 14 años: aquí continúa el crecimiento mamario, aparece el vello pubiano (pubarquía o pubarca), el vello axilar, aumento de las glándulas sebáceas de esa zona, que provoca transpiración, ensanchamiento de los labios externos, útero aumentado hasta convertirse en un órgano musculoso aproximadamente del tamaño de una pera, la producción hormonal puede provocar acné.
- Etapa III: desde los 10 a 17 años: se caracteriza por crecimiento mamario, se engrosa y oscurece el vello púbico, aumento del peso, la talla, cambia las características del flujo vaginal, aparece la menarquía o menarca.
- Etapa IV: desde los 14 a 18 años: hay madurez física y sexual, se alcanza la estatura total, se regula el ciclo menstrual, la ovulación y las mamas adquieren su tamaño normal.

Otra clasificación de este difícil proceso de la pubertad se hace teniendo en cuenta la maduración biológica y el desarrollo puberal: según el desarrollo alcanzado entre los caracteres sexuales secundarios y la menarquía puede ser:



- Maduradora temprana: menarquía antes de los 11,5 años y se encuentre por debajo del 10mo percentil de desarrollo.
- Maduradora normal o promedio: se encuentra entre el 10mo y 90 percentil.
- Maduradora tardía: se encuentra por encima del 90 percentil, desarrollo sexual después de los 12,5 años y menarquía después de los 14,5 años.

*También se clasifican a las adolescentes teniendo en cuenta el desarrollo puberal e inicio de la vida sexual en:*

- Adolescencia precoz: Desde 11 a 14 años: que en este grupo existe una morbilidad biológica muy disminuida, se produce por lo general la menarquía; los principales motivos de consulta son por los cambios puberales y sus alteraciones, leucorreas.
- Adolescencia intermedia: desde 15 a 17 años: es un periodo donde generalmente se han iniciado las relaciones sexuales coitales; el motivo de consulta generalmente es por orientación anticonceptiva, infecciones genitales, ITS, sospecha de embarazo, solicitud del aborto; en este grupo hay que aumentar la labor educativa y preventiva.
- Adolescencia tardía: desde los 18 a 19 años: es un grupo de menos riesgo, hay más claridad en su definición y proyecto de vida; ya aquí se culmina el desarrollo biológico, se seleccionan métodos anticonceptivos eficaces. (Moya, 2008).

## **2.2. Aplicación de los principios científicos, éticos y bioéticos en la atención a la adolescente**

La adecuada valoración y exploración general de la adolescente exige del enfermero conocimientos científicos sustentados en las ciencias básicas y sociales relacionadas con la atención al paciente.

Es oportuno enseñar a la paciente medidas higiénicas que promuevan su salud, escuchar con paciencia todas sus inquietudes cuando habla, lo cual ayuda a disminuir la tensión emocional. A esto se le asocia la creatividad que en el ejercicio de la profesión se realice para la solución de los problemas o necesidades afectadas, las cuales serán acertadas si se realizan sobre la base de principios científicos de Enfermería que guían las acciones en la práctica diaria de la atención al individuo sano o enfermo.

Los principios básicos que rigen la atención de Enfermería son los siguientes:

- Ayudar al paciente a conservar su personalidad: desarrollar la exploración y la valoración, respetando la autonomía de la persona, su individualidad, la privacidad, llamarla en todo momento por su nombre, respetar sus creencias, practicar el consentimiento informado y actuar con justicia.
- Ayudar al paciente a recuperar su salud: en cada una de las habilidades a desarrollar con la paciente hay que cumplir con las normas de asepsia y antisepsia, extremar las precauciones, hacer el bien, es decir, la beneficencia, ser honesto en la recogida acertada de datos,

cumplir con el deber y el sentido de la responsabilidad; una vez que se haya identificado algún problema de salud actuar consecuentemente.

- Proteger al paciente de lesiones o agentes externos o enfermedades: identificar los riesgos reales y potenciales, trabajar sobre los modificables en orden de prioridad, planear y negociar cuidados que no dañen a la paciente para que colabore en los mismos y cree las condiciones necesarias para ello, ser sensibles y altruistas, cumplir con la no maleficencia.
- Ayudar al paciente a incorporarse a la sociedad: integra la autonomía, la justicia, la beneficencia y la no maleficencia, así como el consentimiento informado. Todas con la finalidad de que vuelva a sus actividades sociales normales; en este principio también se incluyen las acciones que se brindan de promoción y educación para la salud en aras de minimizar o evitar las enfermedades o complicaciones.

Otro de los elementos a tener en cuenta es la aplicación de la ética profesional. La paciente le confía al enfermero ciertas informaciones que no pueden divulgarse a menos que ella brinde su consentimiento, saber guardar el secreto profesional, ser honrado, fieles hacia una información o confidencia, amerita una autodisciplina para poder brindar cuidados de buena voluntad; y estos valores deben ser parte de las convicciones en el desempeño diario en la actuación profesional.

Dentro del proceso enfermero hay que tener en cuenta como se dijo anteriormente, que está articulado a través de un sistema de códigos y principios éticos los cuales hay que tener en cuenta para brindar una atención individualizada y personalizada al individuo sano o enfermo, familia y comunidad en cualquier nivel de atención donde se realice el ejercicio profesional. En este sentido, se debe cumplir los principios de “no dañar y hacer el bien”, referidos a la actuación de los enfermeros basado en el componente moral, se incluyen las actitudes, capacidades cognitivas y afectivas en la interrelación enfermero-adolescente-familiar, en fin, es actuar con una adecuada competencia y desempeño profesional.

Otro de los principios que rigen la atención de Enfermería legadas por la precursora de la profesión Florencia Nigthingale son: la fidelidad al paciente y la veracidad de su expresión.(Amaro, 2003). Se revela la necesidad de que el profesional de Enfermería, durante la atención a la adolescente, debe tener en cuenta actuar consecuentemente en mantener un ambiente de respeto, cordialidad, interés hacia lo que le preocupa, sentirse comprometido con la información que éste le brinde, que se evidencie un ambiente donde prime el amor al prójimo como acto verdadero de humanismo y sensibilidad, reconocer a la adolescente independientemente de su edad como un ser social autónomo, capaz de adoptar sus propias decisiones y ayudarlo a considerar otras formas de tratamiento o conducta si éste lo necesita pero dejando cierto nivel de independencia. Para ello se le debe informar de forma oportuna de las ventajas, riesgos, beneficios o consecuencias de esas medidas o acciones, no se puede olvidar que en este proceso la presencia de la familia es indispensable para garantizar la

adherencia a la decisión que la adolescente sea capaz de adoptar.

Para lograr lo anteriormente expuesto, es preciso que el profesional de Enfermería como gestor de cuidados tenga en cuenta la incorporación de las habilidades comunicativas, las cuales permitirán establecer un ambiente agradable, confidencial y óptimo entre el enfermero-adolescente y familiar; es pertinente realizarse las interrogantes:

¿Cómo actuaría si fuese mi hijo, sobrino, nieto...?

¿Qué acciones pudiera realizar que fuera mejor para esta adolescente?,

¿Cuál sería el resultado en los procesos vitales con los cuidados que yo propongo realizar?,

¿Qué nivel de ayuda necesita de mí para lograr satisfacer sus necesidades o mejorar sus problemas?,

¿Qué nivel de información tiene la adolescente y sus familiares sobre el problema de salud que esta enfrentando o por la situación que esta cursando?,

¿Qué interés tienen ellos sobre ese tema y si necesitan más información?,

¿Hasta qué punto se encuentra comprometida la adolescente y familiar con la adherencia o no al plan de cuidados que se le propone?,

¿Cómo suplir las necesidades espirituales y afectivas así como las expectativas que desea lograr con mis intervenciones?

Estas interrogantes a diario pueden ser evaluadas con la adolescente y familiar para evaluar la efectividad de los

cuidados o replantear otros para lograr efectividad en las acciones desarrolladas, a decir de Amaro (2003):

Las preguntas deben ser orientadoras del actuar profesional de la enfermera, en cada caso concreto, y hacen en sí mismas, un llamado al respeto a los principios éticos más elementales, pero además, recaban de las enfermeras el cultivo, con deleite de artista, de sus mejores virtudes morales.

Por supuesto, que mientras el conocimiento es más sólido y la experiencia adquirida data de una antigüedad profesional determinada, existirá mayor capacidad y cualidades hacia la nitidez de la observación, el juicio clínico, la exactitud a la hora de informar los datos obtenidos, la capacidad para organizar los cuidados y trabajar con prioridades de necesidades que ayudarán al completo bienestar del enfermo.

Y es que estas cualidades se van fortaleciendo día a día, en cada interactuar en la relación enfermero-paciente, siendo precisa la obtención de datos exactos y seguros que permitan identificar los conflictos en una situación determinada que facilite la búsqueda de acciones o alternativas concretas y de esta forma revertir el problema.

### **2.3. El método científico de actuación de Enfermería en la atención de la adolescente**

El proceso enfermero, conocido también como proceso de enfermería o de atención de enfermería, se define como:

...método sistemático que consiste en brindar cuidados humanitarios eficientes centrados en el éxito de los resultados esperados, considerado como la base del ejercicio de la profesión, porque se refiere a la aplicación del método científico a la práctica de la enfermería, en el que se aplican los conocimientos en la práctica profesional. (Barrios y col, 2016, p.24).

Para Iyer, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) “es un sistema en la actividad práctica de la Enfermería, en el cual este profesional refleja sus opiniones, conocimientos, habilidades que le permite diagnosticar y tratar las respuestas humanas ante los problemas reales o potenciales de salud” (Iyer y col, 1996, p.121).

La aplicación del proceso de atención de enfermería implica una acción reflexiva constante, que anteponga la interacción humana recíproca, el respeto a los valores y pensamientos del paciente, además de comprender las respuestas ante los diversos fenómenos de la vida, con la finalidad de identificar de manera conjunta las necesidades interferidas, establecer prioridades y trabajar de manera conjunta en la solución de los mismos.

En la gestión del cuidado el profesional de Enfermería al aplicar el PAE se debe reconocer a la persona, la familia o comunidad en su contexto y características individuales y realizar una buena valoración holística que le permita identificar sus necesidades afectadas. Desde esta perspectiva a través del pensamiento lógico y el método científico, regulado por los principios básicos y éticos de la profesión, se atiende la salud del individuo sano o enfermo, familia y comunidad basada en los referentes teóricos de la ciencia. (León, 2005). Lo anterior lleva implícito que la atención de enfermería se centra en cuatro dimensiones fundamentales: el Cuidado de Enfermería, la persona (individuo, familia y comunidad), la salud y el entorno, adquiriendo en cada una de las teorías una concepción diferente.

En este sentido, *la persona* se ha concebido como:

... el individuo, paciente, como un sistema, cliente, familia. Por lo que se revela la multidimensión de este metaparadigma que

incluye su enfoque integrador al contextualizarlo como un ser biopsicosocial y cultural, siendo el centro del cuidado ya sea como individuo, familia, grupo o comunidad. (Gómez y col, 2013, p.17).

La *salud*, en cambio se ha descrito como un “estado”, en la cual “la persona es capaz de utilizar al máximo sus capacidades para sentirse bien”, también se ha referido como “bienestar y practicas culturales por individuos o grupos para poder funcionar de forma adecuada en la cotidianidad”. En otras definiciones se refiere como “estado físico, mental, social y no la simple ausencia de enfermedad”, como “el estado y proceso de ser y el poder de transformación de la persona de forma íntegra y completa”, o como “las capacidades del modo de actuación de forma razonablemente normal”. De lo que se infiere el carácter integrador de esta dimensión que parte de lo individual hacia lo colectivo, es decir, la familia, en la cual el estado de salud de un miembro interfiere de forma positiva o negativa en la salud del otro.

En cuanto al *entorno*, también ha tenido varias concepciones, como “los elementos externos que afectan a la salud de las personas tanto enfermas como sanas e incluyen estresores desde el punto de vista de la comunicación verbal o no en la interrelación con el paciente”, también se relaciona con las “experiencias que tienen un significado que guían las decisiones humanas”, también se define como “las condiciones e influencias del desarrollo y conducta de las personas y grupos en la relación entre los recursos del hombre y el ambiente”. Hay quien lo revela como “el contexto donde vivimos nuestras vidas” y con “el universo”. Como se ha podido apreciar todas las definiciones coinciden en la interrelación de la persona ya sea como individuo, grupo, familia o comunidad con el medio donde se desarrolla, del



cual adquiere experiencias positivas o negativas que actúan de forma determinante o influyente en su estado de salud.

Por su parte la Enfermería, se ha definido como “la persona que se responsabiliza de la salud de otra persona”, “como la persona que lleva implícito un sistema de conocimientos y practicas humanísticas con un componente científico que permite un cuidado con un enfoque holístico para mantener o recuperar su salud”, como “la profesión que se dedica a la atención sanitaria y que se centra en los procesos humanos vitales con énfasis en la promoción de la salud de los individuos, de las familias, de los grupos y de la sociedad en general”; como “profesión única que se ocupa de todas las variables que afectan a la respuesta del individuo frente al estrés”; como “una interacción humana”. Otras definiciones la conciben como, “proceso interactivo e interpersonal donde la enfermera es una facilitadora no una ejecutora”. Las definiciones estudiadas apuntan al carácter integrador de la ciencia Enfermería donde se hace evidente que el objeto de la profesión es el cuidado al individuo, a otras personas, a la familia o a la comunidad. (Marriner, citado por Gómez y col, 2013).

El proceso de atención de enfermería se inició en la mitad del siglo XX y ha tenido cambios sustanciales a lo largo del tiempo hasta consolidarse como una metodología estructurada con cinco fases: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, que dan cuenta de la aplicación del método científico para abordar sistemáticamente los asuntos y problemas propios del cuidado de enfermería en personas sanas o enfermas.



*Esquema 2.1. Evolución de las etapas del PAE.*

El PAE tiene sus orígenes en los trabajos de Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), que lo consideraron como un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución). Mientras que Yura y Walsh (1967) establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación): estudios posteriores como los de Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976), entre otros, establecieron cinco etapas que son consideradas en la actualidad al añadir la etapa diagnóstica como parte de un proceso integrador. (Barrios y col, 2016 y León, 2003).

A continuación se expondrá brevemente la fundamentación de cada una de ellas:

- *Etapa de valoración:* lleva implícito 2 fases: *la valoración y el diagnóstico* donde se realiza la obtención de la información relacionada con la persona, familia y comunidad. Se identifican las necesidades humanas, problemas inquietudes o respuestas humanas, estos elementos se recogen a través del interrogatorio o anamnesis, la exploración física, los diferentes métodos diagnósticos realizados, y los datos registrados en el expediente clínico, ficha familiar o la comunidad. Estos datos una vez recolectados ayudan a identificar los factores y

situaciones para determinar los problemas presentes, potenciales o posibles en la persona, familia o comunidad y establecer las necesidades y respuestas humanas que permitan plantear los diagnósticos de Enfermería. La Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) lo identifica como el juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería destinadas a lograr los objetivos de los que el enfermero es responsable (Bello, 2006). Se clasifica de la siguiente manera:

- Diagnóstico enfermero real: Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que existen en una persona, familia o comunidad. Está apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas.
- Diagnóstico enfermero de promoción de salud: Juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, familia o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas de salud específicas. Los diagnósticos de promoción de salud pueden usarse con cualquier estado de salud y no requieren ningún nivel específico de bienestar establecido. Las intervenciones se apoyan de acuerdo con la persona, familia o comunidad, para asegurar al máximo la posibilidad de alcanzar los resultados esperados.

- Diagnóstico enfermero de riesgo: Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerable. Está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.
- Síndrome: Grupo de signos y síntomas que aparecen casi siempre juntos. Juntos, estos grupos representan un cuadro clínico específico.
- Diagnóstico enfermero de salud: Describe respuestas humanas a niveles de bienestar en una persona, familia o comunidad. Se sustentan en características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas.

En el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería se utiliza la taxonomía de los Diagnósticos de Enfermería definida como: “el conjunto de los principios y la metodología aplicada para la ordenación de las categorías diagnósticas lo que le permite al enfermero disponer de un lenguaje y conocimiento propio y estandarizado”. (PAE).

*La etapa de intervención:* consta de 2 fases: *la planificación y ejecución-intervención.* En esta etapa se desarrollan estrategias determinadas para la prevención, disminuir o eliminar los problemas identificados en el diagnóstico. Se establecen las prioridades, se precisan los resultados con el paciente, se pautan las actuaciones de Enfermería que conducirán a la consecución de los resultados propuestos y se registran los diagnósticos, los resultados y las actuaciones de Enfermería de forma organizada en el plan de cuidados a corto, mediano o largo plazo. Es necesario destacar que la

aplicación del plan de cuidados no impide que el profesional de Enfermería continúe recolectando información del paciente y replantear nuevos diagnósticos según las respuestas a los cuidados planificados, lo cual supone el carácter de retroalimentación que tiene esta actividad para el desempeño profesional.

*La etapa de evaluación:* evalúa el progreso de la asistencia, se establecen medidas para el logro de los propósitos de ser necesario y se examina el plan de cuidados de Enfermería. Se compara de forma sistemática el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados, en este aspecto también se tiene en cuenta la satisfacción del sujeto de atención. De lo que se puede deducir que el Proceso de Atención de Enfermería va dirigido a un objetivo (por lo que es resuelto), donde existen cambios continuos (carácter dinámico). Se establecen relaciones entre la persona, paciente, familia o comunidad y otros profesionales de la salud (propiedad interactiva), con la posibilidad de adaptarse al desempeño de Enfermería en cualquier escenario asistencial utilizándose de forma consecutiva y concurrente (flexibilidad), aplicándose una amplia base de conocimientos teniendo en cuenta cualquiera de los modelos teóricos de Enfermería (base teórica).

La American Nurses Asociaton (ANA) utiliza dentro de los sistemas de clasificación: El *sistema de clasificación de diagnósticos NANDA* actualmente en vigor. Los Diagnósticos de Enfermería según la Taxonomía II, se estructuran en:

- Dominios (esfera de la actividad, estudio o interés).
- Clases (subdivisión de un grupo mayor; una clasificación de persona o cosa por su calidad, grupo o grado).

- Diagnósticos que consta de la etiqueta diagnóstica (proporciona un nombre para el diagnóstico, es un término conciso o frase que representa un patrón de clave relacionada), el código diagnóstico: número entero de 5 dígitos asignado a un diagnóstico enfermero; compatible con las recomendaciones de la *National Library of Medicine*.

La incorporación y planificación de cuidados con la especificación de resultados NOC y de intervenciones NIC en el cual cada uno presenta su etiqueta, código, definición y selección de indicadores, actividades relevantes y resultados ha favorecido la actuación e interacción con el paciente, familia y comunidad. (Barrios y col, 2016).

Respecto a los códigos de las terminologías de cuidados de la salud; el *sistema de clasificación de intervenciones (NIC)* definido como todo tipo de tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza el profesional de Enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente, cada intervención posee una etiqueta, su definición, una propuesta de actividades que orientan a las acciones y el pensamiento que fundamenta las acciones. El *sistema de clasificación de resultados (NOC)* refiere el estado o conducta o percepción variable de un paciente o cuidador familiar sensible a las intervenciones de Enfermería y conceptualizado a niveles medios de abstracción. También constan de una etiqueta y su definición, una lista de indicadores para evaluar el estado del sujeto de atención y se acompaña de una escala de Likert con 5 puntos que permite medir el estado de atención además de una breve lista de referencia utilizadas en el desarrollo de los resultados. (NANDA, 2007).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, a continuación se detallan algunas especificidades de la aplicación de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería a la adolescente:

Métodos de recogida de datos:

- La observación: se utilizan los órganos de los sentidos: la vista, el olfato, la audición, el tacto, que permitan identificar necesidades en un determinado paciente. Peláez (2007)



*Figura 2.1: Anamnesis a una adolescente*

- La entrevista o anamnesis: proceso complejo donde se debe aplicar técnicas de comunicación social para identificar respuestas del paciente a través de actuaciones de Enfermería. Durante esta técnica, al entrevistar a una adolescente, hay que brindar confianza, ser explícito, no demostrar impaciencia, no

interrumpir, mostrar interés, respetar cada aspecto que se informe, no poner barreras, dar oportunidad al familiar a que exponga criterios y luego, de ser posible, entrevistarla a solas, mantener la ética y la confidencia. Con frecuencia la adolescente confunde las interrogantes o esquiva la conversación no reconociendo su problema específico; en ocasiones rechazan a las personas autoritarias, otras se muestran retraídas, irritadas cuando tienen temor o desagrado; en este caso tal vez haya que dar otra sesión de trabajo.

También se hace necesario explorar algunos elementos del desarrollo psicosocial como por ejemplo: qué piensa sobre sí

misma, sobre su imagen corporal, cómo enfrenta las tensiones de la vida, las relaciones interpersonales, sus sentimientos, cuál es su proyecto de vida, y cuál es su independencia con respecto a su familia. En cada una de estas interrogantes hay que observar las reacciones, tales como tics, inquietud, o signos de incomodidad que adquieren en ocasiones una postura rígida, realizan muecas, tartamudean, o expresan una modestia excesiva, las cuales son signos de inseguridad y de ansiedad. Cuando acude acompañada de los padres se puede valorar las relaciones entre ambos.

El rápido crecimiento y desarrollo corporal junto con los impulsos sexuales, pueden estimular variedad de fantasías y temores, haciéndose imprescindible indagar sobre los cambios de desarrollo, características sexuales, cambios en los impulsos y deseos sexuales.

En la entrevista hay que enfatizar además en los trastornos ginecológicos, relaciones sexuales y manejo de la sexualidad, aprovechar la ocasión y brindar educación para la salud y sexual, orientar la finalidad de la exploración física y por supuesto, indagar el motivo de la consulta.

- La exploración física: lo primero que hay que tener en cuenta es acondicionar el local donde se vaya a examinar donde se respete la privacidad. A veces la paciente desea que la acompañe su madre o la persona que la llevó a la consulta. El enfermero tiene que estar al lado del médico durante el examen y asegurarse de tener preparado todos los materiales necesarios para ello, que tenga adecuada iluminación y que sea un ambiente agradable y confortable.



Se utilizarán las cuatro técnicas de exploración: la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación y el examen se realizará cefalocaudal, valorando con mucha profundidad los cambios propios de la pubertad en la adolescente.

Se pueden utilizar diferentes posiciones para la exploración ginecológica de la paciente: la posición genupectoral, la litotomía, la ginecológica, la posición de pie o sentada.

En el aspecto general se debe medir la talla y el peso corporal, comprobar el estado nutricional y medir los parámetros vitales.

En la piel se observará el color, la textura, cicatrices, grado de sudor, la presencia del vello púbico que aparece alrededor de los 8-12 años de edad y luego el vello axilar alrededor de 6 meses después; la presencia de adenopatías es indicio de un proceso séptico y deben examinarse las siguientes cadenas ganglionares: occipitales, postauriculares, cervicales anteroposteriores, parótidos, submaxilares, sublinguales, axilares, inguinales; se debe buscar la aparición de lesiones como mácula, pápula, pústula, vesícula, nódulo, signos de androgenización (acné) y valorar la presencia de edemas.

Determinar como zonas físicas del examen las siguientes:

Cuero cabelludo: precisar la distribución del cabello, color, textura, dermatitis seborreica o parasitosis, protuberancias, lesiones, cicatrices, la higiene del cabello.

En los ojos: examinar la agudeza visual, párpados, movimiento extraocular, la higiene de los ojos.

En los oídos: verificar la agudeza auditiva, se examinará el oído externo y el interno.

En la nariz: se buscará el olfato, tamaño nasal, simetría, aleteo nasal, estornudos y deformidades.

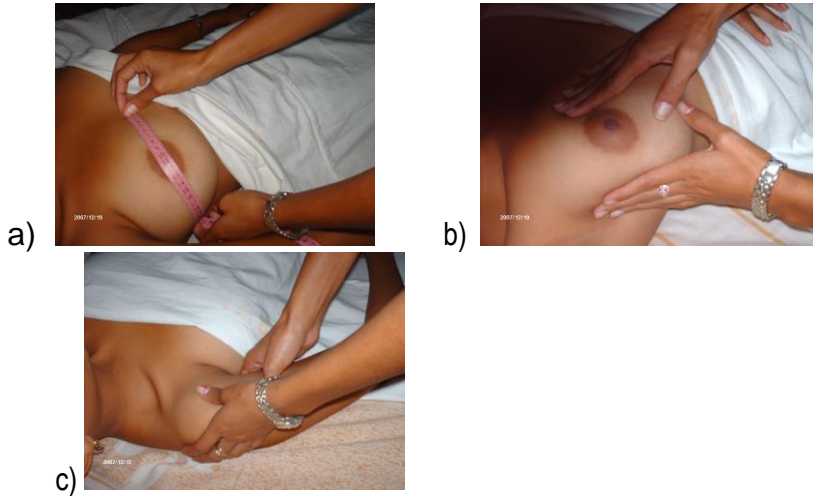
En la cavidad bucal: explorar olor, dolor, capacidad de hablar, tragar, alteraciones en el gusto, en los labios, simetría, color, hidratación, lesiones, costras; en las encías, color, edemas, sangramiento, retracción o dolor; en los dientes, número, ver cuáles faltan, presencia de caries, revisar sensibilidad a las cosas frías o calientes, timbre de voz, que puede hacerse algo ronca en esta etapa.

En el cuello se examina la simetría, movimiento, amplitud, dolor y rigidez de nuca.

En la espalda se explora en busca de cicatrices, edemas, sensibilidad, dolor y anomalías espinales.

En el tórax deformidades, tipo de tórax, dolor, sensibilidad.

En las mamas se practica el examen de mamas y se enseña cómo y cuándo se realiza; se valora contorno, simetría, color, tamaño, forma, presencia de alteraciones como secreciones por el pezón, asimetría, sensibilidad, depresiones o aumento de volumen.



*Figura 2.2: En el examen de las mamas se hace imprescindible una adecuada valoración de los cambios propios de la adolescente, el cual se debe completar con la región supraclavicular y axilar. a) Se mide la simetría de las mamas, b) Forma de palpar la mama por cuadrantes, c) Palpación de la cadena ganglionar axilar.*

**Sistema respiratorio:** patrón respiratorio, frecuencia, regularidad, profundidad, sonidos vibraciones

**Sistema cardiovascular:** frecuencia cardíaca, características de los latidos, ritmo, intensidad, frecuencia, soplos, arritmia.

En el abdomen se explora el tamaño, contorno, simetría, tono muscular, vellos, estrías, erupciones, ruidos hidroaéreos, y la presencia o ausencia de dolor.

**Sistema renal** se evalúa la diuresis, cantidad, color, olor, si se acompaña con ardor o dolor, u otra alteración.

**Genitales:** se inspeccionan la vulva, los labios mayores, labios menores, orificio uretral externo, y vaginal, tipo de himen,

exudados vaginales, ulceraciones, nódulos, verrugas genitales, sensibilidad y dolor.

En la parte rectal la pigmentación, presencia de hemorroides, excoriaciones, sensibilidad, dolor, escozor.

En las extremidades ver la simetría, tamaño, forma, amplitud de movimientos, color, pigmentación, temperatura, cicatrices, hematomas, en las articulaciones simetría, movilidad, deformación, fractura, calambres, en los músculos simetría, tamaño, tono, rigidez, temblor; en los vasos, simetrías y fuerza de pulso, llenado venoso.

Una adecuada valoración permitirá identificar las necesidades y problemas de la paciente y priorizar los cuidados en el modo de actuación de Enfermería.



*Figura 2.2: Examen abdominal en la región hipogástrica.*

## **2.4. Consideraciones finales**

El Proceso de Atención de Enfermería es la base teórica de la actuación de Enfermería. Abarca desde la recogida de los datos hasta la evaluación de los resultados, es un proceso continuo donde se pone en práctica un sistema de teorías y valores que hacen de la Enfermería una ciencia única. El pensamiento que el enfermero ponga en práctica para dar soluciones a los problemas identificados y a las respuestas humanas debe ser integrador. De ahí que la valoración y

exploración física debe abarcar todas las facetas de la vida de la persona, familia o comunidad basado en el sujeto como ser social.

La adolescencia presenta sus propios cambios que la hacen muy peculiares, se manifiestan de diferentes formas aun teniendo los mismos problemas de salud, es por ello que se deben individualizar las acciones de salud.

El profesional de Enfermería debe ser capaz de dominar los cambios morfofisiológicos que ocurren durante la pubertad para poder identificar las alteraciones que se desvíen de la normalidad, establecer prioridades y estrategias en aras de disminuir las consecuencias. Le compete, unido a otros profesionales de la salud encauzar acciones preventivas dirigidas al mejoramiento del entorno social en que convive la adolescente.

El enfermero o enfermera en su escenario de actuación debe demostrar competencias profesionales con habilidades comunicativas y psicológicas que permita lograr que la adolescente antes de tomar cada decisión, para que este aprecie en el enfermero un apoyo incondicional al que debe acudir sin ningún reparo ni miedo. Por supuesto, esto no es tarea de un día; para ello se requiere un trabajo sistemático, en equipo y de brindar mucha confianza; esa es una de las pretensiones de esta literatura: exponer las formas, las vías y los mecanismos para que los que hoy son niños mañana sean mejores padres, pero con conciencia y sentido de responsabilidad en la salud reproductiva. A continuación mostramos algunos de los modelos posibles de diagnósticos del enfermero utilizando la taxonomía NANDA, NOC, NIC, en relación con la valoración general de la adolescente. (FUDEN, 2016).

Posibles diagnósticos enfermero utilizando la taxonomía NANDA, NOC, NIC en relación con la valoración general de la adolescente. (Fuden, 2016).

<p><b>DOMINIO 4. ACTIVIDAD / REPOSO</b></p> <p>Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.</p>	
<p>Clase 2. Actividad/ejercicio: Movimiento de partes del cuerpo (movilidad), hacer un trabajo o llevar a cabo acciones frecuentemente (pero no siempre) contra resistencia.</p>	
<p><b>NANDA</b></p>	<p>00097 Déficit de actividades recreativas</p>
<p>La persona manifiesta</p> <p>Características definitorias:</p> <p>Manifestaciones de aburrimiento, ausencia de relaciones sociales, excesiva inactividad, apatía, solicita actividades de entretenimiento.</p>	
<p>Posibles causas:</p> <p>Factores relacionados: Aislamiento, entorno desprovisto de actividades recreativas, trastorno emocional, estado de ánimo.</p>	
<p>Identificable por:</p> <p>NOC 1604: Participación en actividades de ocio</p> <p>Indicadores</p> <p>160401- Participación en actividades.</p> <p>160402- Expresión de satisfacción con las actividades de ocio.</p> <p>160407- Identificación de opciones recreativas.</p>	

Escala:

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= En ocasiones demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado >de 9: Considerar el diagnóstico.

Intervenciones seleccionadas (NIC)

5360: Terapia de entretenimiento

Utilizar intencionalmente actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las capacidades sociales.

Ayudar a explorar el significado personal de las actividades favoritas.

Proporcionar un equipo recreativo seguro.

Disponer de actividades recreativas que tengan por objeto disminuir la ansiedad.

4430: Terapia con juegos

Utilizar juguetes u otros equipos para ayudar a la paciente a comunicar su percepción del mundo y ayudarla en su interacción con el ambiente.

Proporcionar un equipo que estimule juegos recreativos expresivos.

Otras intervenciones a considerar:

4330: Terapia artística .

4480: Facilitar la autorresponsabilidad.

## DOMINIO 5. PERCEPCIÓN / COGNICIÓN

Sistema de procesamiento de la información humana que incluye

atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.	
Clase 4. Cognición: Uso de la memoria, el aprendizaje, el pensamiento, la solución de fe problemas, la abstracción, el juicio, la introspección, la capacidad intelectual, el cálculo y el lenguaje.	
<b>NANDA</b>	00126 Conocimientos deficientes.
La persona manifiesta	
Características definitorias:	
Comportamientos inapropiados, seguimiento inexacto de las instrucciones, demanda información de la paciente y familia, reiteración de preguntas, ideas erróneas.	
Posibles causas:	
Factores relacionados: Falta de información, poca familiaridad con los recursos para obtener información.	
Identificable por:	
NOC 1813: Conocimiento: prevención y promoción de salud	
Indicadores	
181308- Descripción de conductas de riesgo.	
181309- Descripción de actividades de prevención.	
181310- Descripción de la actividad prescrita.	
Escala:	
1= Ninguno	
2= Escaso	
3= Moderado	



4= Sustancial

5= Extenso

>de 9: Considerar el diagnóstico.

#### Intervenciones seleccionadas (NIC)

##### 5520: Facilitar el aprendizaje

Brindar información sobre los diferentes métodos de planificación familiar al adolescente y a la familia.

Instruir sobre los aspectos de una sexualidad segura, sana y consciente.

Explicar los diferentes cambios fisiológicos durante la pubertad y las principales manifestaciones de estos en el organismo.

Orientar sobre las diferentes reacciones adversas de los métodos anticonceptivos y de la necesidad de acudir a la consulta para que le aconsejen el método más idóneo.

Atender a todas las inquietudes y necesidades que refiera el adolescente sobre la reproducción, dejando que emita sus criterios al respecto y emitir consejos respetando su autonomía.

Orientar que asista al círculo de adolescentes con la finalidad de intercambiar experiencias con otros jóvenes y de recibir información especializada sobre diferentes temas de salud, lo cual le ayudará a disminuir el temor y garantizar su formación como ser social.

Enseñar a la familia a respetar la individualidad y autonomía del adolescente; nunca ponerse a prueba con él, ni querer reflejar las experiencias vividas en la de él; se podrá tomar como patrón la experiencia acumulada; pero que esto no se lleve como una solución a los conflictos, ni exponer sentido de culpabilidad a los hechos que se cometen.

##### 7400: Guía del sistema sanitario

Asesorar al adolescente sobre la necesidad de desarrollar valores éticos y morales en su interrelación como ser social; para ello en los diferentes

momentos de su atención, se le debe incitar sobre lo que significa el respeto, la solidaridad, la honestidad, el altruismo, la honradez, la responsabilidad, la sinceridad, la sensibilidad humana, y de aspectos éticos como el pudor y la moral.

Coordinar con los diferentes especialistas para la valoración integral del adolescente según las necesidades identificadas: dermatólogos, clínicos, nutriólogos, psicólogos, entre otros.

Desarrollar actividades comunitarias donde participen activamente la familia y el adolescente.

Educar al medio familiar en normas de comunicación social: dejar escuchar, hablar y luego negociar lo más conveniente; no imponer la voluntad de los adultos; hacerles saber con ejemplos verídicos el supuesto daño o riesgo al que se expone la adolescente.

Incentivar a la familia a que apoye todas las decisiones tomadas por el adolescente, estimulándolo cuando todo salga bien y animándolo cuando los resultados no sean los esperados; recordar que de cada problema debe sacar soluciones y aprender de las malas experiencias.

Proponer a la familia diferentes vías y mecanismos para el mejor acercamiento hacia el adolescente, transitando de forma activa por cada etapa de desarrollo, explicar sin mentir el porqué y para qué de cada cambio, prepararlos para la vida reproductiva, hablar sin prejuicios sociales abiertamente, en confianza, es decir, ser su amigo.

Otras intervenciones a considerar:

5618: Enseñanza procedimiento o tratamiento.

5602: Enseñanza proceso enfermedad.

5240: Asesoramiento.

<p><b>DOMINIO 6. AUTOPERCEPCION</b></p> <p>Conciencia del propio ser.</p>	
<p>Clase 2. Autoestima: Valoración de la propia valía, capacidad, trascendencia y éxito.</p>	
<b>NANDA</b>	00120 Baja autoestima situacional.
<p>La persona manifiesta</p> <p>Características definitorias:</p> <p>Verbalización autonegativa, expresión de vergüenza, culpa, hostilidad, aislamiento, dificultad para tomar decisiones, evaluación de sí misma como incapaz de manejar las situaciones y acontecimientos.</p>	
<p>Posibles causas:</p> <p>Factores relacionados: Cambios en su estilo de vida, en el rol social, en su aspecto personal.</p>	
<p>Identificable por:</p> <p>NOC 1205: Autoestima:</p> <p>Indicadores</p> <p>120514- Aceptación de críticas constructivas.</p> <p>120519- Sentimientos sobre su propia persona.</p> <p>120502- Aceptación de las propias limitaciones.</p>	
<p>Escala:</p> <p>1= Nunca positiva</p> <p>2= Raramente positiva</p>	

3= En ocasiones positiva  
4= Con frecuencia positiva  
5= Constantemente positiva

>de 9: Considerar el diagnóstico.

#### Intervenciones seleccionadas (NIC)

##### 5400: Potenciación de la autoestima

- 1.- Determinar la confianza de la paciente en sus propios juicios.
- 2.- Reforzar las virtudes personales que identifiquen a la paciente.
- 3.- Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía de la paciente.
- 4.- Ayudar a establecer objetivos para conseguir una autoestima más alta.
- 5.- Recompensar o alabar el progreso de la paciente en la consecución de los objetivos.
- 6.- Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre sí misma.
- 7.- Ayudar a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí misma.
- 8.- Mostrar confianza en la capacidad que tiene para controlar una situación determinada.
- 9.- Fomentar el aumento de la autorresponsabilidad.
- 10- Enseñar a la familia a reconocer y alabar los logros de la paciente.

##### 5270: Apoyo emocional

- 1.- Animar a la paciente a que exprese los sentimientos.
- 2.- Favorecer la conversación y el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- 3.- Permanecer con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad en los periodos de más ansiedad.

- 4.- Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.
- 5.- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- 6.- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- 7.- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.

Otras intervenciones a considerar:

5220: Potenciación de la imagen corporal.

5250: Apoyo en la toma de decisiones.

5240: Asesoramiento.

4410: Establecimiento de objetivos comunes.

Clase 3. Imagen corporal: Imagen mental del propio cuerpo.

**NANDA**

00118 Trastorno de la imagen corporal.

La persona manifiesta

Características definitorias:

No mirar, no tocar una parte corporal, expresión de percepciones y sentimientos que reflejan alteración del propio cuerpo, cambio en la estructura y funcionamiento del cuerpo.

Posibles causas:

Factores relacionados: Cambios en la apariencia física.

Identificable por:

NOC 1200: Imagen corporal

Indicadores

120001- Imagen interna de sí misma.

120002- Congruencia entre realidad corporal e imagen corporal.

120012- Voluntad para utilizar estrategias para mejorar la función.

Escala:

1= Nunca positiva

2= Raramente positiva

3= En ocasiones positiva

4= Con frecuencia positiva

5= Siempre positiva >de 9: Considerar el diagnóstico.

Intervenciones seleccionadas (NIC)

5220: Potenciación de la imagen corporal

1.- Ayudar a la paciente a discutir los cambios causados por la etapa puberal.

2.- Observar si la paciente puede mirar la parte corporal que le ha sufrido cambios.

3.- Determinar las percepciones de la familia y la paciente sobre las alteraciones de la imagen corporal frente a la realidad.

4.- Determinar si un cambio de la imagen corporal ha contribuido al aislamiento.

5.- Ayudar a la paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto personal.

5400: Potenciación de la autoestima.

1.- Determinar la confianza de la paciente en sus propios juicios.

<p>2.- Reforzar las virtudes personales que identifiquen a la paciente.</p> <p>3.- Proporcionar actividades que aumenten la autonomía de la paciente.</p> <p>4.- Ayudar a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí misma.</p> <p>Otras intervenciones a considerar:</p> <p>5270: Apoyo emocional.</p> <p>5240: Asesoramiento.</p>	
<p><b>DOMINIO 7. ROL / RELACIONES</b></p>	
<p>Conexiones y asociaciones positivas y negativas entre personas o grupos de personas y los medios por los que se demuestran tales conexiones.</p>	
<p>Clase 2. Relaciones familiares: Asociaciones de personas relacionadas biológicamente o por elección propia.</p>	
<p><b>NANDA</b></p>	<p>00060 Interrupción de los procesos familiares</p>
<p>La persona manifiesta</p> <p>Características definitorias:</p> <p>Tristeza, referencias frecuentes de su familia.</p>	
<p>Posibles causas:</p> <p>Factores relacionados: Aislamiento social, cambios en la vida familiar</p>	
<p>Identificable por:</p> <p>NOC 2604: Normalización de la familia</p>	

## Indicadores

260401- Reconocimiento de la existencia de alteraciones y sus posibilidades de alterar la rutina de la familia.

260403- Mantiene las rutinas habituales.

260415- Utiliza recursos, incluidos grupos de apoyo cuando es necesario.

## Escala:

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= En ocasiones demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado >de 9: Considerar el diagnóstico.

## Intervenciones seleccionadas (NIC)

7140: Apoyo a la familia

1.- Favorecer una relación de confianza en la familia.

2.- Responder a sus preguntas o ayudarles a obtener respuestas.

3.- Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la paciente y la familia.

5370: Potenciación de roles

1.- Ayudar a identificar las conductas necesarias para el cambio de roles o roles nuevos.

Otras intervenciones a considerar:

5240: Asesoramiento.



5510: Educación sanitaria.	
DOMINIO 9. AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRES Forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales	
<b>Clase 2. Respuesta de afrontamiento:</b> El proceso de gestionar el estrés del entorno	
<b>NANDA</b>	00068 Afrontamiento inefectivo.
<p>La persona manifiesta</p> <p>Características definitorias:</p> <p>Aislamiento, agresividad, ansiedad, indecisiones, no verbaliza inquietudes, temores, trastornos del sueño, incapacidad para manejar el estrés, verbaliza inseguridad personal.</p>	
<p>Posibles causas:</p> <p>Factores relacionados: Cambios en el estilo de vida, alteración de la imagen corporal, nivel inadecuado de control, crisis situacionales, déficit de conocimientos.</p>	
<p>Identificable por:</p> <p>NOC 1302: Superación de problemas:</p> <p>Indicadores</p> <p>130203- Verbaliza sensación de control</p> <p>130204- Refiere disminución del estrés.</p> <p>130205-Verbaliza aceptación de la situación.</p>	

Escala:

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= En ocasiones demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Constantemente demostrado >de 9: Considerar el diagnóstico.

Intervenciones seleccionadas (NIC)

5230: Aumentar el afrontamiento

- 1.- Valorar el impacto de la paciente en las relaciones interpersonales.
- 2.- Evaluar la capacidad de la paciente para tomar decisiones.
- 3.- Estimular a la paciente a identificar sus fortalezas y capacidades.
- 4.- Valorar y discutir las respuestas alternativas ante la situación.
- 5.- Ayudar a la paciente a resolver los problemas de forma constructiva.
- 6.- Favorecer situaciones que favorezcan la autonomía.
- 7.- Ayudar a la paciente a reconocer los sistemas de apoyo disponibles.
- 8.- Alentar la manifestación de sentimientos y miedos.
- 9.- Determinar el riesgo de la paciente para hacerse daño.

5250: Apoyo en la toma de decisiones

- 1.- Remitir si es necesario a grupos de apoyo.
- 2.- Proporcionar la información solicitada por la paciente.
- 3.- Ayudar a la paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa, previamente informadas.

Otras intervenciones a considerar:

5270: Apoyo emocional.

5240: Asesoramiento.

5440: Aumentar los sistemas de apoyo

5820: Disminución de la ansiedad.

5900: Distracción.

**Clase 2. Respuesta de afrontamiento:** El proceso de gestionar el estrés del entorno

**NANDA**

00146 Ansiedad.

La persona manifiesta

Características definitorias:

Insomnio, irritabilidad, mal carácter, nerviosismo, inquietud, agitación, desconcierto, expresión de preocupaciones debido a los cambios en acontecimientos vitales y consecuencias inespecíficas, disminución de la habilidad para solucionar problemas, aprender y concentrarse, angustia, aprensión, incertidumbre, aumento del estado de alerta, voz temblorosa, hormigueo de las extremidades.

*Posibles causas:*

Factores relacionados: Situación de estrés, cambio de roles, cambios en el estado de salud, crisis situacionales.

Identificable por:

NOC 1402: Autocontrol de la ansiedad:

## Indicadores

140204- Busca información para reducir la ansiedad.

140214- Refiere dormir de forma adecuada.

140215- Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad.

## Escala:

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= En ocasiones demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Constantemente demostrado

>de 9: Considerar el

diagnóstico.

## Intervenciones seleccionadas (NIC)

5820: Disminución de la ansiedad

1.- Tratar de comprender la situación del paciente sobre una situación estresante.

2.- Animar la manifestación de sentimientos, miedo, percepciones..

3.- Ayudar a la paciente a identificar las situaciones que propicien la ansiedad.

4.- Instruir a la paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

5.- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad y reforzar el comportamiento.

4920: Escucha activa

1.- Disponer un ambiente no amenazador.

2.- Mostrar calma, escuchar los miedos del paciente y permanecer con el fomentando su seguridad.

3.- Explicar a la paciente y familia todas las pruebas y procedimientos.

4.- Evitar posibles situaciones emocionalmente intensas..

Otras intervenciones a considerar:

5240: Asesoramiento.

5880: Técnica de relajación.

5380: Potenciación de seguridad.

5270: Apoyo emocional.

5340: Presencia.

5460: Contacto.

5900: Distracción.

5230: Aumentar el afrontamiento.

**Clase 2. Respuesta de afrontamiento:** El proceso de gestionar el estrés del entorno

**NANDA**

00148 Temor.

La persona manifiesta

Características definitorias:

Verbalización del origen del temor, nerviosismo, inquietud, aumento del estado de alerta, mal carácter, inseguridad, sequedad, voz temblorosa, aprensión, transpiración, agresividad, llanto.

Posibles causas:

Factores relacionados: Falsas creencias sobre los cambios puberales, la fertilidad, desconocimiento.

Identificable por:

NOC 1404: Autocontrol del miedo

Indicadores

140403- Busca información para reducir el miedo.

140417- Controla la respuesta al miedo.

140415- Mantiene el sentido del propósito a pesar del miedo.

Escala:

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= En ocasiones demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado >de 9: Considerar el diagnóstico.

Intervenciones seleccionadas (NIC)

5230: Aumentar el afrontamiento

- 1.- Valorar el impacto de la paciente en las relaciones interpersonales.
- 2.- Evaluar la capacidad de la paciente para tomar decisiones.
- 3.- Estimular a la paciente a identificar sus fortalezas y capacidades.
- 4.- Valorar y discutir las respuestas alternativas ante la situación.
- 5.- Ayudar a la paciente a resolver los problemas de forma constructiva.

6.- Favorecer situaciones que favorezcan la autonomía.

7.- Ayudar a la paciente a reconocer los sistemas de apoyo disponibles.

8.- Alentar la manifestación de sentimientos y miedos.

9.- Determinar el riesgo de la paciente para hacerse daño.

5380: Potenciación de la seguridad.

1.- Disponer un medio no amenazador.

2.- Mostrar calma, escuchar los miedos de la paciente y permanecer con ella brindándole seguridad.

3.- Evitar situaciones emocionalmente intensas.

Otras intervenciones a considerar:

5270: Apoyo emocional.

5240: Asesoramiento.

4360: Modificación de la conducta.

5820: Disminución de la ansiedad.

### DOMINIO 11. SEGURIDAD / PROTECCIÓN

Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, prevención de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.

Clase 3. Violencia: Empleo de una fuerza o poder excesivos de modo que provoque lesión o abuso.

NANDA

00140 Riesgo de violencia autodirigida.

La persona manifiesta

Características definitorias: -

Posibles causas:

Factores relacionados: Trastorno psicótico, trastorno emocional o mental alterado.

Identificable por:

NOC 1408: Autocontrol del impulso suicida

Indicadores

140801- Expresa sentimientos.

140804- Verbaliza ideas de suicidio, si existen.

140805- Verbaliza control de impulsos.

Escala:

1= Nunca demostrado

2= Raramente demostrado

3= En ocasiones demostrado

4= Frecuentemente demostrado

5= Siempre demostrado

>de 9: Considerar el diagnóstico.



## Intervenciones seleccionadas (NIC)

### 6487: Manejo ambiental: Prevención de la violencia

1.- Controlar de forma rutinaria el ambiente para mantenerlo libre de peligros.

2.- Enseñar a la familia las posibles manifestaciones que se puedan desarrollar durante la crisis y actuar en consecuencia.

3.- Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la paciente y la familia.

4.- Propiciar sistema de apoyo psicológico a la paciente y la familia.

### 4354: Manejo de la conducta de autolesión

1.- Ayudar a la paciente a que identifique las situaciones o sentimientos desencadenantes de la conducta autolesiva.

2.- Ayudar a la paciente a que emplee estrategias de control.

3.- Comunicar el riesgo potencial a los demás cuidadores.

### 5380: Potenciación de la seguridad.

1.- Disponer un medio no amenazador.

2.- Mostrar calma, escuchar los miedos de la paciente y permanecer con ella brindándole seguridad.

3.- Evitar situaciones emocionalmente intensas.

Otras intervenciones a considerar:

7110: Fomentar la implicación familiar.

4350: Manejo de la conducta.

## DOMINIO 12. CONFORT

Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.

Clase 3 Confort social: Sensación de bienestar o comodidad en las situaciones sociales.

NANDA

00053 Aislamiento social.

La persona manifiesta

Características definitorias:

Intereses inadecuados o inmaduros para su edad, expresa sentimientos de rechazo y de soledad impuesta por otro, sentimientos de ser distinta a las demás, falta de personas significativas, conducta inaceptable.

Posibles causas:

Factores relacionados: Recursos personales inadecuados, valores no aceptados socialmente.

Identificable por:

NOC 1504: Soporte social:

Indicadores

150407- Refiere existencia de personas que pueden ayudarlo cuando lo necesita.

150411- Refiere red social estable.

150412- Refiere ayuda ofrecida por los demás.

Escala:

1= Inadecuado

2= Ligeramente adecuado

3= Moderadamente adecuado

4= Sustancialmente adecuado

5= Completamente adecuado >de 9: Considerar el diagnóstico.

Intervenciones seleccionadas (NIC)

5440: Aumentar los sistemas de apoyo

1.- Determinar el grado de apoyo familiar.

2.- Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses o metas.

3.- Proporcionar servicios con una actitud de apoyo y aprecio.

4.- Evaluar la conveniencia de los recursos comunitarios para identificar los defectos y virtudes de la paciente.

5100: Potenciación de la socialización

1.- Animar a la paciente a desarrollar relaciones. Fomentar habilidades sociales y comunitarias.

2.- Fomentar el respeto a los derechos de los demás.

Otras intervenciones a considerar:

6480: Manejo ambiental

## Otros diagnósticos pudieran ser: (utilizando el sistema de Taxonomía NANDA I y II)

### Patrón 1. Intercambio

Códigos Taxonomía II	Códigos Taxonomía I	Diagnósticos de enfermería
00044	1.6.2.1	Deterioro de la integridad tisular relacionado con factores de desarrollo puberal.

### Patrón 3. Relaciones

Códigos Taxonomía II	Códigos Taxonomía I	Diagnósticos de enfermería
00052	3.1.1	Deterioro de la interacción social relacionado con déficit de conocimientos, barreras de comunicación, trastornos del autoconcepto.
00059	3.2.1.2.1	Disfunción sexual relacionados con déficit de conocimientos, conflictos en la orientación sexual, miedo al embarazo, miedo a contraer infecciones de transmisión sexual, deterioro en las relaciones con la persona significativa.

### Patrón 5. Elección

Códigos Taxonomía II	Códigos Taxonomía I	Diagnósticos de enfermería
00188	5.1.1.1.1	Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud relacionado con comprensión inadecuada, apoyo social inadecuado, factores socioeconómicos deficientes, múltiples agentes estresantes, actitud negativa hacia los cuidadores de salud.
00071	5.1.1.1.2	Afrontamiento defensivo relacionado con sentimientos de culpabilidad, negación de problemas, dificultad para mantener o establecer las relaciones.
00083	5.3.1.1	Conflicto de decisiones relacionado con valores, creencias, falta de experiencia, sistema de apoyo deficitario, fuentes de información divergentes.

## Patrón 6. Movimiento

Códigos Taxonomía II	Códigos Taxonomía I	Diagnósticos de enfermería
00095	6.2.1	Insomnio relacionado con sistema de soporte inadecuado, planificación familiar insuficiente, finanza insuficiente, falta de rol, deterioro de la función cognitiva o emocional.
00099	6.4.2	Mantenimiento ineficaz de la salud relacionado con falta de habilidad para emitir juicios deliberados y completos, falta de recursos materiales.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acharya, G., D'Antonio, F., Buca, D., Liberati, M., Pagani, G., D'Antonio, F., Hack, K. (2019). Perinatal mortality, timing of delivery and prenatal management of monoamniotic twin pregnancy: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 53(2), 166–174. <https://doi.org/10.1002/uog.20100>
- Albornoz, N., Arenas, V., Fernández, M., Martínez, M. y Mora, K. (2019). Conocimiento, práctica y actitud de la salud sexual y reproductiva de las madres adolescentes en la frontera del departamento Norte de Santander. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(1), 97–105.
- Alfonso, R. (2015). Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres. *Revista Cubana de Salud Pública* 32(1):46-51.
- Alicia, G., Aida, C., Maybelis, R., Dimí, V. y Meidi, G. (2018). Actuación de enfermería en la prevención y control del riesgo reproductivo preconcepcional. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(2), Recuperado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=132091973&lang=es&site=ehost-live>.
- Álvarez, C., Grande, M., Linares, M. y Ojeda, A. (2017). Análisis del embarazo adolescente: miradas cualitativas a los casos de Bucaramanga y Jaén. *Matronas Profesion*, 18(2), 51–59. Recuperado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=124549497&lang=es&site=ehost-live>.

- Álvarez, J., Revé, L., Leblanch, I., Torres, M. y Monet, D. (2017). Salud sexual y reproductiva en adolescentes de un consultorio médico. *MEDISAN*, 21(12):6045–6053. Recuperado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=126987271&lang=es&site=ehost-live>.
- Amaro, M. (2003). El método científico de enfermería, el Proceso de Atención y sus implicaciones éticas y bioéticas. *Revista Cubana Enfermería*. 17(2): 132-8.
- Ardevol, D., Lluch, A. y Paz, M. (2015). Labor educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(3). Recuperado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=116367308&lang=es&site=ehost-live>.
- Barrios, E., Sánchez, H., Rocha, L., Viveros, M. (2016). *Rev Sanid Milit Mex*, 70 :244-253.
- Bello, A., Palacio, J., Vera, P., Oviedo, O., Rodríguez, M., Celis, K. y Pavez, P. (2014). Presentación de una escala para evaluar actitudes y creencias sobre la sexualidad reproductiva en adolescentes varones de la región Caribe colombiana. *Universitas Psychologica*, 13(1), 1–29.
- Bello, M., Palacio, A., Vera, P., Oviedo, O., Rodríguez, A., Celis, K., y Pavez, P. (2016). Construcción y validación de una escala para evaluar salud sexual y reproductiva en adolescentes mujeres de la Región Caribe Colombiana. *Universitas Psychologica*, 15(1), 99–115. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-1.cvee>
- Bello, N. (2006). Fundamentos de Enfermería. Parte I. *Edit. Ciencias Médicas*. La Habana, Cuba.

- Cabrera, A. y Álvarez, I (2007). Revisión, percepción y comportamientos de riesgo en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Rev Cubana Salud Pública*;32(1):27-32.
- Calero, E. (2019). Sexualidad en la adolescencia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(2), 155–158. Recuperado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=139207934&lang=es&site=ehost-live>
- Castro, G., Carrasco, M., Solar, F., Catrien, M., Garcés, C., y Marticorena, C. (2019). Impacto de las políticas de educación sexual en la salud sexual y reproductiva adolescente en el sur de Chile, período 2010 - 2017. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 84(1), 28–40.
- Cortés, A., Sordo, M., Cumba, R., Castro, N. (2007) ETS y adolescencia temprana. *Rev. Sexol Sexual*; 4(11):17-21.
- Escobar, M., García, M., Albar, M. y Paloma, V. (2019). Sexual and reproductive health in Roma women: the family planning programme of Polígono Sur in Seville (Spain)]. *Gaceta Sanitaria*, 33(3), 222–228. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.12.006>
- Essack, Z., Toohey, J., y Strode, A. (2016). Reflecting on adolescents' evolving sexual and reproductive health rights: canvassing the opinion of social workers in KwaZulu-Natal, South Africa. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 195–204. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.06.005>



- Fernández, E., Fernanda, M., y Trindade, C. (2019). Factores de riesgo que predisponen al alto riesgo obstétrico en el Hospital Materno Infantil. *Duazary. Revista de La Facultad de Ciencias de La Salud*, 16(20). Recuperado de:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=135823908&lang=es&site=ehost-live>
- Fernández, G., Alonso, A. (2016). Maltrato oculto en adolescentes. *Rev. Cub. Psicol*: 30(3): 83-85.
- FUDEN (2016). Comisión organizadora en planes de cuidados y enfermeras. Planes de cuidados estandarizados de Enfermería. Málaga, España: <https://www.multiser.es>
- Gardner, A. (2010). Adolescentes y comportamiento sexual arriesgado. Washington: Centro Nacional de Información de la Salud; Recuperado de:  
<http://www.healthfinder.gov/news/newsstory.asp?docID=534355>
- Gómez, M., Rodríguez, B. (2013). Situación de Enfermería como herramienta para enseñar el Proceso de Atención de Enfermería. *Rev Cuid*; 4(1): 544-9.
- Gómez, R., Díaz, M., Sainz, E., Gómez, K., y Machado, R. (2015). Acciones educativas sobre aspectos de la sexualidad dirigidas a adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1), 57–66. Recuperado de:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=100940955&lang=es&site=ehost-live>

- González, A. y Llanio, L. (2016). Demanda del servicio de ginecología infanto-juvenil en la atención primaria de salud (1996-2011). *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(2), 213–223. Recuperado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=114886202&lang=es&site=ehost-live>
- González, A., Breme, P., González, D., Molina, T., y FIL. (2017). Determinantes en la elección de anticonceptivos en adolescentes consultantes en un centro de atención de salud sexual y reproductiva. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 82(6), 692–705. Recuperado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=128006388&lang=es&site=ehost-live>
- Iyer CP.W, Tapich, B., Losey, B. (1996). Proceso y diagnóstico de Enfermería. 3ra Edición. Canadá: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana.
- León, C. (2005). Nuevas estrategias para la aplicación del Método Cubano de Registro del Proceso de Atención de Enfermería: *Rev Cubana Enfermería*, 1(2).
- Martín, L., Reyes, Z. (2003) Conducta sexual y embarazo en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. *Rev. Cub. Sal. Pub.* 29(2): 183-87.
- Millán, H., Polanco, B., Hernández, P. De la C, N. y Aguila, L. (2015). Efectividad del programa psicoeducativo de educación sexual y salud reproductiva. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(1), 1. Recuperado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=116367291&lang=es&site=ehost-live>

- MINSAP (2012). *Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- MINSAP (2013). *Planificación familiar y riesgo reproductivo. Marco conceptual, Programa y Plan estratégico*. La Habana, Cuba.
- Monroy de Velasco, A.(2014). *Salud, Sexualidad y Adolescencia. Centro de Orientación para Adolescentes*. México DF: Ed. Pax México.
- Montero, A. (2014). La objeción de conciencia de los profesionales y su relación con la atención en salud sexual y reproductiva de adolescentes en Santiago de Chile. *Acta Bioética*, 20(2), 197–206. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2014000200007>
- Moya, C. (2008). La salud sexual y reproductiva de los jóvenes en América Latina y el Caribe. OMS/OPS. En: Moreno E. *Lineamientos para el programa de salud integral del adolescente. Módulo de actuación*. Washington. Recuperado de: <http://www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/fssaludsexual.pdf>
- NANDA (2007). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación, 2007-2008*. España:Elsevier S.A..
- Nápoles, D. (2017). El Misofar® como prostaglandina facilitadora: una nueva opción en obstetricia. *MEDISAN*, 21(9), 2042–2046. Recuperado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=125774832&lang=es&site=ehost-live>

- Obach, A., Sadler, M. y Jofré, N. (2017). Salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual. *Revista de Salud Pública*, 19(6), 848–854. <https://doi.org/10.15446/rsap.V19n6.70023>
- Peláez, J. (2007). *Ginecología pediátrica y de la adolescente. Temas para el médico de la familia*. La Habana: Científico Técnico.
- Pérez, Z., Casas, L., Peña, Y., Miranda, O., Zladivar, M. (2002). Información sexual en un grupo de adolescentes. *Rev Cubana Med Milit*, 31(4): 25-29.
- Ricardo, C., Álvarez, M., Ocampo, V. y Tirado, F. (2015). Prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad en gestantes de alto riesgo obstétrico en una clínica de Medellín (Colombia), entre enero y agosto de 2013. Factores De Riesgo Asociados. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 66(2), 94–102. <https://doi.org/10.18597/rcog.11>
- Rigol, O (2014). *Obstetricia y Ginecología*. 1ra Edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Rincón, P. I., del Riesgo, L., Pinilla, I. y Rodríguez, V. (2017). Factores de riesgo asociados a asfixia perinatal en el Hospital Universitario Méderi, 2010-2011. *Revista Ciencias de La Salud*, 15(3), 345–356. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6118>
- Rojas, M., Méndez, R. y Montero, L. (2016). *Salud sexual y reproductiva en adolescentes: La fragilidad de la autonomía: hacia la promoción de la salud*, 21(1), 52–62. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.6>

- Sarmiento, I., de Amaya, P., Huertas, S. y Vargas, K. (2019). Contexto social del riesgo para la salud sexual y reproductiva en mujeres adolescentes de una institución de apoyo a jóvenes en vulneración de derechos en Bogotá, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 37(80).
- Sharma K., Khatri, S.; Kannan, T. (2009). Determinants of pregnancy in adolescent in Nepal Indian. *J. Pediatr. Jan*, 69(1): 19-22.
- Soler, M., Rivera, R., Velázquez, J., González, R., Ontiveros, E. y Sánchez, C. (2019). Neurobehavior of Mexican newborns in conditions of low perinatal risk. *Acta Pediatrica de Mexico*, 40(3), 113–121. <https://doi.org/10.18233/apm40no3pp113-1211807>
- Todd, RD., Reich, W. y Reich, T. (2009). Prevalence of effective disorder in child and adolescent offspring of single kindred. A pilot study. *Lam. Acad child. Adolescent psychiatry*; 33:198-207.
- Torriente, L. (2016). Caracterización de adolescentes ingresadas en el servicio de Ginecología (2011- 2013). *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(2), 147–157. Recuperado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=119262701&lang=es&site=ehost-live>

- Urgellés, Y., Bou Lobaina, Y., García, Y., Anduja, M. y Rodríguez, M. (2015). Intervención capacitante en Enfermería sobre seguimiento al riesgo reproductivo preconcepcional. *Revista Información Científica*, 90(2), 261–269.
- Yong, V. y Núñez, H. (2014). Factores de riesgo para preeclampsia. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(3), 307–316.