



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

EMBARAZO ADOLESCENTE.

Un problema de salud pública

Autora: Virginia Camarón Galán

Tutora: Dra. Carolina González Hernando

Agradecer a todos aquellos que me han acompañado estos cuatro años, en especial a mis enfermeros colaboradores, que han hecho la profesional que soy hoy en día,

a mi tutora del Trabajo de Fin de Grado, Carolina, por ayudarme a culminar esta etapa,

y sobre todo a mi madre, por apoyarme en los buenos y malos momentos

ÍNDICE

1. Resumen y palabras clave	3
2. Introducción	4
3. Metodología	5
4. Objetivos	6
5. Marco teórico	6
5.1. Adolescencia	6
5.1.1. Definición y características	6
5.1.2. Salud sexual y reproductiva	7
5.1.3. Embarazo adolescente (EA), embarazo de riesgo	9
5.1.4. Anticoncepción	11
5.2. Entorno de la adolescente	13
5.2.1. Entorno sociocultural	13
5.2.2. Familia y pareja	14
5.2.3. Rendimiento académico y habilidades sociales	14
5.3. Continuidad del embarazo vs aborto	15
5.3.1. Ley española	15
5.3.2. Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)	15
5.3.3. Secuelas psicológicas tras el aborto	16
5.4. Atención sanitaria	17
5.4.1. Entrevista adolescente	17
5.4.2. Atención previa al embarazo	19
5.4.3. Seguimiento del embarazo	19
5.4.4. Barreras acceso sanitario	20
5.5. Educación sanitaria	21
5.5.1. Programas eficaces. Enfoque holístico	21
5.5.2. ¿Educación sexual desde la infancia?	23
5.5.3. Educación sanitaria en Atención Primaria (AP)	24
6. Conclusión e implicaciones para la práctica	25
7. Limitaciones del estudio	26
8. Referencias bibliográficas	27
9. Anexo	30

1. Resumen y palabras clave

Adolescentes de todas las partes del mundo, con sus diferencias culturales, sociales y económicas, se ven inmersos en embarazos inesperados o buscados. Esta gestación se considera de riesgo; desde el punto de vista físico, las menores de 15 años no se encuentran preparadas para afrontar el embarazo y posterior parto, y a pesar de que las mayores de 15 sí lo estén, entran en juego las circunstancias en las que se desarrolle el embarazo a nivel familiar, de pareja, social, económico, cultural, para una buena evolución. Los problemas no acaban al ser madre o interrumpir de manera voluntaria el embarazo, sino que empieza una nueva etapa que pone en riesgo el futuro y las aspiraciones en la vida de las chicas.

La educación sexual que se realiza hoy en día se lleva cabo en los colegios al inicio de la educación secundaria obligatoria, siendo todavía un tema tabú en muchas familias, y quedando en el aire quien debe llevarla a cabo, si los profesores, los padres, o los sanitarios, y dentro de este último grupo, si la responsabilidad pertenece a los médicos de familia, pediatras, enfermeras o matronas. El resultado es que las y los adolescentes de España se encuentran iniciando la vida sexual a una edad temprana, sin tener información suficiente, lo que deriva en conductas sexuales de riesgo y una vida sexual no satisfactoria.

Palabras clave: embarazo adolescente, aborto, educación sexual, impacto psicológico

2. Introducción

"A mi chico/a no le gusta que use preservativo", "prefiero mantener relaciones sexuales sin condón, aunque me arriesgue a contraer una enfermedad", "prefiero mantener relaciones sexuales con penetración, aunque pueda contagiarme", "el uso del preservativo es incómodo porque se siente menos", "el hombre es el responsable de la protección"¹. Estas afirmaciones, que parecen del siglo pasado, son frases pertenecientes a alumnos de cuarto año de educación secundaria obligatoria, de 15 a 17 años, de diferentes institutos de Sevilla, de un estudio realizado en 2012.

La adolescencia es el período de tránsito de la niñez a la edad adulta. Durante esta etapa, los jóvenes deben adaptarse a los cambios que están sufriendo, a nivel físico y psíquico².

Desde el punto de vista sanitario, el acceso a los adolescentes es complicado, en primer lugar, porque no acuden a los centros de salud, punto de entrada al sistema sanitario, y en segundo lugar, por la desconfianza que muestran hacia los adultos. El profesional debe tener unas habilidades especiales para conectar con ellos³.

Si unimos algunas características de la este período, como son la impulsividad, la adopción de conductas de riesgo, con un inicio temprano de las relaciones sexuales y la no asistencia a los servicios sanitarios, podemos tener como consecuencia infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados^{3,4}.

Desde el punto de vista social, según datos actualizados de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en septiembre de 2014⁵, revelan que:

- 16 millones de chicas entre 15 y 19 años, y 1 millón de jóvenes menores de 15 años son madres cada año
- Las complicaciones durante el embarazo y el postparto son la segunda causa de muerte de mujeres entre 15 y 19 años en el mundo
- Cada año 3 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años se someten a abortos peligrosos
- Los hijos de estas madres adolescentes tienen una mortalidad superior a los nacidos en otros grupos de edad.

A partir de estos datos han surgido una serie de preguntas que permitieron focalizar esta investigación:

- ¿Acuden los adolescentes a las consultas? Si no lo hacen, ¿Por qué?
- ¿Cómo hay que abordar a los adolescentes?
- ¿Qué factores permiten identificar a las adolescentes de riesgo?
- ¿En qué aspectos hay que centrarse en el seguimiento de la adolescente embarazada?
- ¿Tiene pareja? ¿Cuál es su actitud frente al embarazo?
- En el caso de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), ¿Hay repercusión a nivel psicológico?

3. Metodología

La metodología se basó en una búsqueda bibliográfica centrada en los últimos cinco años en:

- Bases de datos de Ciencias de la Salud: PubMed, Cochrane, Dialnet, OMS, SciELO, Biblioteca Virtual de la Universidad de Valladolid
- Buscadores y portales de internet: Google académico, Elsevier, Asociación Española de Pediatría, Sociedad Española de contracepción, Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
- Revistas de ciencias de la salud: Evidencias en Pediatría, Pediatría Integral, Matronas Profesión, Revista Española de Salud Pública, ENE Revista de Enfermería
- Biblioteca de Ciencias de Salud de la Universidad de Valladolid (Uva)
- Boletín Oficial del Estado (BOE).

Los descriptores de ciencias de la salud utilizados han sido embarazo adolescente, educación sexual adolescentes, consecuencias aborto adolescente.

A medida que fue avanzando la investigación se adaptaron las palabras claves.

4. Objetivos

Objetivo general:

- Determinar las bases para lograr una educación sexual eficaz

Objetivos específicos:

- Obtener una comunicación satisfactoria con el adolescente a través de una entrevista detallada
- Identificar las necesidades específicas durante el embarazo adolescente
- Precisar los factores predisponentes del embarazo adolescente para detectar a las jóvenes de riesgo

5. Marco teórico

5.1. Adolescencia

5.1.1. Definición y características

La adolescencia es una etapa complicada que marca la transición entre la niñez y la vida adulta en la que se dan cambios físicos, cambios cognoscitivos y cambios psicosociales, abarca de los 10 a los 19 años según la OMS⁴.

Tabla 1. Fases de la adolescencia. Fuente: Sociedad española de ginecología y obstetricia (SEGO)⁴.

Fases de la adolescencia	
10- 13 años	Grandes cambios corporales y funcionales
Adolescencia temprana	Disminución relación con los padres y aumento de las amistades con personas del mismo sexo Impulsivos y con metas utópicas Gran preocupación por la imagen física

14- 16 años	Casi completado el crecimiento y desarrollo
Adolescencia media	Máxima confrontación con los padres Edad media de inicio de relaciones sexuales Conductas de riesgo Gran preocupación por la imagen física
17- 19 años	Apenas cambios
Adolescencia tardía	Aceptación de la imagen Acercamiento a los padres Metas reales, ideas más adultas Mayor importancia de las relaciones íntimas

La causa de estas particularidades se encuentra en la evolución neurológica; en la etapa temprana (10- 13 años) se inicia el desarrollo del lóbulo frontal del cerebro, responsable de funciones como la planificación, coordinación, control y ejecución de conductas, manejo de impulsos, la memoria funcional, el juicio, el comportamiento sexual, la socialización y la espontaneidad, con lo que un correcto progreso es fundamental⁶.

5.1.2. Salud sexual y reproductiva

La OMS define la salud sexual como “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”⁷.

La encuesta sobre sexualidad en la juventud española del 2012⁸ reveló que la edad media para el inicio de las relaciones sexuales son los 17 años, y que el 12% de los menores de 15 años ya ha tenido su primera experiencia. La primera vez es más precoz en las chicas respecto a los chicos, y más temprana en los extranjeros.

En cuanto a la Comunidad Autónoma de Castilla y León, el 17,5% de los jóvenes entre 12 y 17 años han tenido su primera relación sexual con penetración, es mayor el número de chicos que de chicas, de los cuales el 31% la tuvo a los 13 años o antes, el 38,9% a los 14, siendo en esta edad mayor el número de chicas, el 24,8% a los 15, el 4,9% a los 16 y el 0,4% los 17⁹.

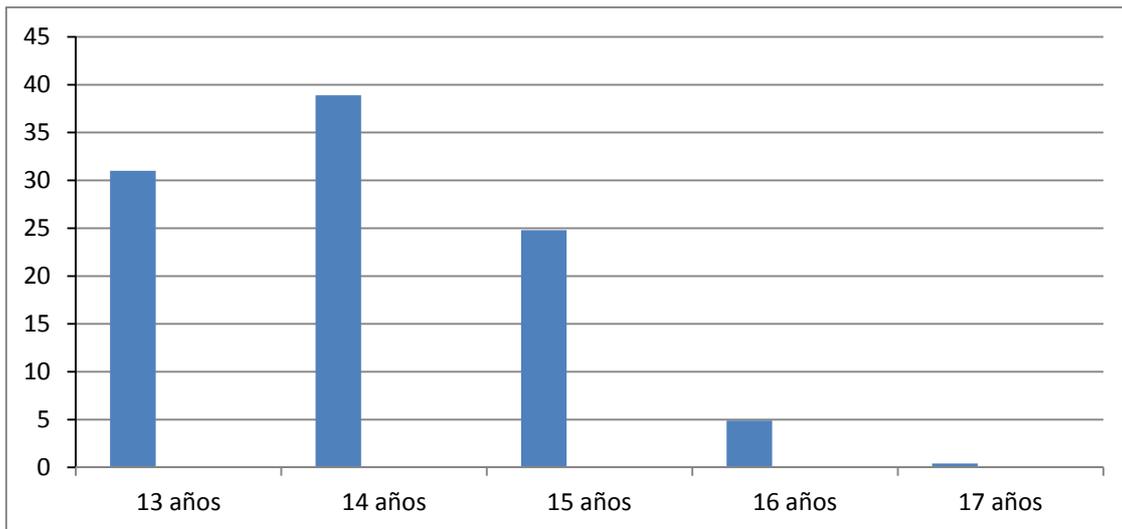


Figura 1. Porcentajes por edad de la primera relación sexual con penetración en adolescentes de Castilla y León. Fuente: Pablo Royuela Ruiz, Tesis Doctoral, Facultad de Medicina Universidad de Valladolid⁹

Las explicaciones que dan las chicas acerca de su primera relación sexual es que “estaban enamoradas de su pareja”; los chicos refieren esa respuesta, que “les gustaba la pareja aunque no estaban enamorados” o que “simplemente querían tener una relación sexual con penetración”. El 70% de los chicos y el 70% de las chicas declara que no anticiparon ese momento, lo que hace más difícil el uso de anticonceptivos¹⁰. El 76,6% de los adolescentes entre 15 y 19 años empleó un método anticonceptivo en su primera relación, por un 21,6% que no lo hizo, según un estudio poblacional realizado por la Sociedad Española de Contracepción (SEC), sobre el uso y la opinión de los anticonceptivos en España¹¹.

Los jóvenes emplean métodos poco fiables como el coitus interruptus, sin embargo, la mayoría utiliza métodos anticonceptivos, aunque un 17,3% dice no haberlos empleado en la última relación. Ha descendido el uso del preservativo a favor de la píldora anticonceptiva y el DIU; y hay un consumo minoritario de la píldora postcoital, en relación a que sea una alternativa a la no negociación con la pareja del empleo de contracepción^{8,10}. Acerca de esta última, un análisis realizado a alumnas de bachillerato de edades entre los 16-19 años obtuvo como resultados que seis de cada diez había mantenido relaciones sexuales, de las cuales la mitad ha tenido más de una pareja sexual; el 26,9% manifiesta haber recurrido a la contracepción de emergencia (CE),

relacionándose este dato a haber tenido más de una pareja sexual; y de ellas el 37, 5% ha utilizado la CE en más ocasiones¹².

Pasan 12 meses entre el primer coito y la primera consulta de planificación familiar. El perfil de adolescente que acude es una chica de 17 años, soltera y estudiante.

Se mantienen las relaciones de poder y dominación entre géneros.

Se cree que debido a las abundantes fuentes de información los jóvenes de nuestro país tienen conocimientos adecuados sobre esta materia, sin embargo, los adolescentes entre 15- 18 años dicen “no disponer de suficiente información en temática sexual”. Uno de cada cinco jóvenes comenta que la información sexual que ha recibido le ha sido regular, poco o nada útil en la práctica, siendo peor en los chicos y cuanto menor es la edad. Amistades y profesorado, son la principal fuente de información. La madre es la principal referencia en las chicas. El 80% refiere no haber tenido charlas sobre sexualidad durante la infancia⁸. En Castilla y León, sí creen estar suficientemente informados, aunque poco más de la mitad sabe nombrar al menos tres métodos anticonceptivos, nombrando algunos no válidos como la “marcha atrás”, hacerlo con una virgen o mientras tenga la regla, o 3 ITS; además reflejan que si tuvieran dudas consultarían en primer lugar a los amigos, seguido de los padres e internet, quedando en un cuarto lugar los profesionales⁹.

5.1.3. Embarazo adolescente (EA), embarazo de riesgo

El embarazo no deseado (END) en la pubertad es un importante problema de salud pública. Las consecuencias se extienden en el tiempo en la madre adolescente, su hijo, su familia y la sociedad en general¹³.

Los factores predictores del END son: inicio temprano de las relaciones sexuales, no utilización de método anticonceptivo o coitus interruptus en la primera relación coital (aumenta el riesgo 6 veces de END), varias parejas sexuales, manifestar inconvenientes en el empleo de anticoncepción, asistencia irregular a la consulta de anticoncepción, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, ser extranjera y tener bajo nivel de estudios^{4,14}.

Si la gestante es una adolescente menor de 15 años se cataloga el embarazo como un riesgo médico relacionado con la edad en el que la mortalidad y morbilidad perinatal e

infantil es superior, habiendo un mayor índice de anemias y cesáreas; si es mayor de 15 años, el pronóstico depende principalmente del nivel socioeconómico. Con un buen control gestacional, el embarazo debe desarrollarse igual que en una adulta con similar condición socioeconómica⁴.

Se han detectado diferencias entre un embarazo adolescente (EA) controlado y uno no controlado^{4,15}:

- Trastornos hipertensivos: 3- 5% frente a un 17- 35%. Es la complicación más frecuente
- Amenaza de parto prematuro: 10- 12% frente a un 22- 42%. Mayor riesgo en las menores de 16 años. A menor edad materna, parto a menor edad gestacional
- Cuando se conoce el embarazo de manera tardía, el parto pretérmino se observa un 6% frente a un 11,5%
- Crecimiento intrauterino restringido: el doble de frecuente en una gestación sin seguimiento

Los problemas del recién nacido (RN) derivados de la edad materna incluyen, aumento de la morbimortalidad debido al bajo peso, prematuridad, morbimortalidad mayor perinatal, negligencia en la atención a la salud del bebé durante los primeros años de vida, desnutrición, abuso físico, accidentes traumáticos, infecciones agudas, muerte súbita, posibilidad de envenenamiento e intoxicación; más adelante, presenta mayor riesgo de fracaso escolar, capacidad mental inferior o retardo en el desarrollo físico y emocional⁶.

En lo referido al parto, cuanto más joven es la madre, más problemas pueden suceder; la falta de desarrollo de la pelvis materna, da lugar a un desequilibrio cefalopélvico, con mayor probabilidad de parto instrumental o cesárea, y laceraciones en el canal blando por la inmadurez de éste.

A pesar del parto prolongado, la mayor parte de los recién nacidos tienen un test de Apgar (recordar que es la valoración del estado general del RN al abandonar el medio intrauterino, comprende la frecuencia cardíaca, el esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color)¹⁶, mayor de 7 a los 5 minutos⁴.

Riesgos del EA^{4,17}:

- Pobreza y aislamiento social
- Menor posibilidades de un trabajo estable, cualificado y bien remunerado
- Mayor dificultad para aumentar el nivel socioeconómico
- Interrupción de estudios
- Matrimonios prematuros
- Abandono de la pareja
- Multiparidad, familia numerosa
- Dificultad para desempeñar el rol materno
- Falta de reconocimiento del niño
- Depresión
- EA recurrente de una generación a otra

En el año 2010 la tasa de EA de 15 a 19 años en España fue de 23,36 por cada 1000, según fueran españolas o extranjeras las cifras fueron:

Tabla 2. Tasa de embarazo adolescente en españolas y extranjeras en España por cada 1000 mujeres, en 2010. Fuente: SEGO⁴.

Edad	Españolas	Extranjeras
15 años o menos	1,8	6,4
16 años	3,9	10,4
17 años	7,5	19,8
18 años	11,7	39,3
19 años	15,4	51,2

La proporción de abortos sobre embarazos fue del 54,52%.

En 2011 se practicaron en España 118.359 IVE, correspondiéndose 14.131 a mujeres entre 15 y 19 años⁴.

5.1.4. Anticoncepción

La Sociedad Española de Contracepción ha publicado, que en 2014 el 37,6% de los jóvenes entre 15 y 19 años opta por el preservativo como método de referencia, seguido

por un 8,8% que elige la píldora, 1,2% el anillo vaginal, 0,5% el inyectable y 0,4% parche y diafragma¹¹.



Figura 2. Método anticonceptivo de referencia en los adolescentes española, 2014. Fuente: Sociedad Española de Contracepción¹¹

La edad no debe ser un motivo para descartar el uso de ningún método anticonceptivo, hay que tener en cuenta las tendencias socioconductuales de cada persona¹⁸.

La Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) clasifica los métodos anticonceptivos en la adolescencia como¹⁰:

- Preferentes: preservativo y contracepción hormonal oral
- Aceptables: diafragma, esponja, espermicidas e inyectables
- Menos aceptables: DIU, abstinencia periódica y contracepción quirúrgica
- De emergencia: contracepción postcoital

Los métodos naturales, son baratos y sin efectos secundarios, pero requieren una gran motivación además de tener una escasa seguridad anticonceptiva, por lo que son poco recomendables; los de barrera son especialmente aconsejados en esta etapa puesto que son los únicos que protegen frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS); los orales, son sugeridos también en esta edad; los parches transdérmicos, anillos vaginales o inyectables combinados son aceptados y de fácil seguimiento; el uso de progestágenos solos, debido al patrón errático de sangrado que produce, puede dar lugar al abandono; el dispositivo intrauterino (DIU) está muy discutido por el riesgo de expulsión debido a la nuliparidad y la posibilidad de esterilidad si se produce enfermedad pélvica

inflamatoria (EPI); la inyección o los implantes de progestágeno solo deben ser utilizados cuando hay un mal cumplimiento o se busca una eficacia alta.

Las características de esta etapa, como la no conciencia de riesgo, hacen que no sean usuarios regulares y que los que usen no sean fiables.

La elección del método debe ser libre y no influenciada o dirigida por los profesionales, porque conlleva a un incumplimiento del tratamiento.

¿Qué hay que tener en cuenta a la hora de recomendar un método anticonceptivo?

Los métodos que no requieren un seguimiento diario, son aconsejados en ciertos casos. Se ha visto que los adolescentes son poco tolerantes frente a los efectos secundarios, lo que deriva en una mala adherencia terapéutica. Se debería conocer el patrón de relaciones sexuales, o la voluntad de ocultar la vida sexual y el uso de anticoncepción a la familia.

El doble método, preservativo más otro sistema, ha obtenido buenos resultados a la hora de prevenir ITS y evitar embarazos no planeados.

La información sobre el método escogido, debe incluir: eficacia, modo de empleo correcto, mecanismo de acción, efectos adversos más comunes y qué hacer si se producen, riesgos y beneficios, signos/ síntomas por los que se debe acudir al centro de salud e información acerca de la protección frente a ITS¹⁸.

Respecto a la anticoncepción de emergencia, la administración del levonorgestrel, el más común, no debe demorarse más de 72 horas tras el coito, siendo de mayor eficacia durante las 24 horas posteriores, 95%; mientras que el acetato de ulipristal tiene un margen de 120 horas. Hay que recordar, que no sustituye a la anticoncepción habitual (previene tres de cada cuatro embarazos), no protege frente a las ITS, y altera el ciclo menstrual (realizar prueba de embarazo si no ha tenido la regla en 3 semanas)^{11,18,19}.

5.2. Entorno de la adolescente

5.2.1. Entorno sociocultural

El ambiente sociocultural tiene un gran peso en las decisiones sobre la vida sexual. Las jóvenes cuyo embarazo no fue planeado, consideran que tienen una responsabilidad relativa, que la causa se debió a un fallo del método anticonceptivo, llegando a interiorizar más tarde que el embarazo fue deseado y planeado, e incluso delegando en

la pareja la decisión de continuar o no con la gestación; mientras que aquellas cuya gestación fue planeada, no pensaron en las consecuencias, sus ideas sobre el embarazo se refieren únicamente a los cambios físicos²⁰.

5.2.2. Familia y pareja

El apoyo de las madres de las adolescentes es primordial para la adaptación de la futura madre a su nuevo rol, pero para las abuelas esto supone una prolongación de la maternidad o una segunda maternidad al autoadjudicarse ese rol, impidiendo el desarrollo de otras facetas de su vida, lo que conlleva efectos negativos sobre su salud tanto a nivel físico como psicológico²¹.

En el binomio estructura familiar- relaciones sexuales, encontramos que en aquellas familias en las que falta el padre o la madre 6-7/10 de los sujetos de esta revisión han tenido relaciones sexuales, en padres separados 5-6/10 y en padres casados 4-5/10; pero es el primer grupo el que más usa la anticoncepción¹⁰.

En los países industrializados, los hombres ven el embarazo como una forma de cortar con sus aspiraciones. Consideran que deben participar en la toma de decisiones. Un 75% optaría por el aborto como forma de acabar con el embarazo, los estratos socioeconómicos más bajos ven de forma más positiva la continuación de la gestación y más negativamente la interrupción de la misma.

Resaltar, la menor inclusión de los chicos en las actividades preventivas a pesar de que tienen más parejas sexuales. Solo un 6% acude a consultas de planificación familiar.

Las chicas valoran que la pareja sea más mayor y que la relación sea aceptada por los padres. Plantean relaciones igualitarias basadas en estereotipos. Conocen diferentes métodos anticonceptivos, pero la decisión de usarlo recae sobre el chico²².

5.2.3. Rendimiento académico y habilidades sociales

Un estudio desarrollado por expertos en Europa, Estados Unidos, Nueva Zelanda y Australia, encontró relación entre las capacidades cognitivas, intelectuales y emocionales con la disminución en los factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes:

- En el ámbito cognitivo, el rendimiento académico y el cociente intelectual son factores de protección en el uso de anticonceptivos, primera relación sexual y disminución de embarazos en la adolescencia
- En la capacidad emocional y moral, no se encuentran evidencias de ser un factor protector
- En la capacidad social y conductual, se muestra como protector en cuanto a la comunicación con la pareja y el uso de anticonceptivos

El fomento de habilidades saludables en el terreno social y conductual, así como la adquisición de conocimientos da lugar a una adecuada salud sexual y reproductiva²³.

5.3. Continuidad del embarazo vs aborto

5.3.1. Ley española

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, título II, capítulo I, artículo 13, cuarto requisito: “En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad. Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberá ser informado de la decisión de la mujer. Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo”²⁴.

5.3.2. Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

El 54,52% de las adolescentes embarazadas deciden someterse a una IVE en vez de continuar con el embarazo⁴.

El 61% de las jóvenes habían informado a 1 o los 2 padres acerca de la gestación, siendo las más jóvenes las que más acuden a su madre.

Los países con leyes más restrictivas son más peligrosos, en cuanto a que las gestantes acuden a clínicas ilegales y se ponen en manos de personas inexpertas, además si saben que el médico tiene que informar a sus padres por ley, deciden no acudir a los centros

sanitarios; la ausencia de la obligatoriedad de informar a los padres supone un incremento de la comunicación de los hijos hacia ellos²⁵.

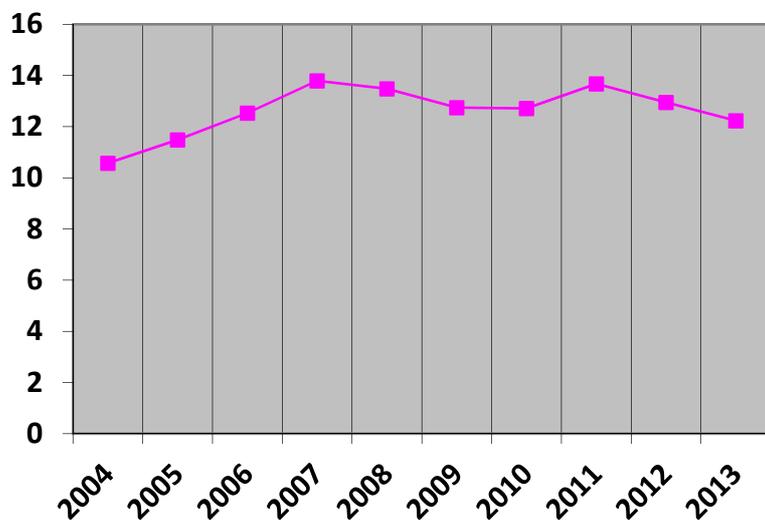


Figura 3. Tendencia de las IVE en España de 2004 hasta 2013. Tasas por 1000. Fuente: Ministerio de Sanidad²⁶.

5.3.3. Secuela psicológicas tras el aborto

Las investigaciones que se encuentran a favor de la existencia de secuelas psicológicas, afirman que aquellos que alegan el aborto para preservar la salud psíquica de la joven, están equivocados, pues son mayores los problemas a ese nivel posteriormente. Los datos que proporcionan son:

- Aumento de la mortalidad 3,5 veces frente a las que dan a luz
- Ideación suicida en el 30- 55%, intentándolo un 7- 30%
- Actitudes más autodestructivas e imprudentes
- Mayor riesgo de ingreso por causa psiquiátrica
- Malestar psicológico hasta 5 años después de la interrupción
- Alteración del deseo sexual y las relaciones
- Disminución de la autoestima en el 17%
- Mayor probabilidad de maltrato hacia sus hijos
- Alteraciones del sueño
- Consumo de drogas de abuso

El síndrome postabortivo es una entidad que cumple con los criterios internacionales de trastornos de estrés postraumático y ansiedad, siendo una reacción al estrés grave. Los estudios que apoyan la base de que existe un síndrome postabortivo no son concluyentes y contienen errores metodológicos, además relacionan esta secuela a la existencia de problemas psicológicos en la mujer previos.

Otra parte, defiende que la mayoría de las mujeres que se someten a una IVE no desarrollan patología psicológica; añadiendo que la enfermedad psiquiátrica es 8 veces más frecuente en las mujeres que dan a luz. Por ejemplo, el 53-61% de las madres adolescentes americanas sufren depresión postparto.

En general, si el aborto es voluntario, menos del 10% tienen consecuencias psiquiátricas.

El contexto social y el apoyo por parte del entorno se muestran como factores importantes, aquellas que sufren una oposición o actitud negativa desarrollan más ansiedad y depresión²⁵.

5.4. Atención sanitaria

5.4.1. Entrevista adolescente

Uno de los puntos más importantes y más difíciles es el momento de la entrevista con un adolescente. Este encuentro puede ser la primera y última oportunidad de acercamiento antes de que se estructure como adulto^{3,27}.

El profesional que atienda a un adolescente debe tener una serie de habilidades:

- Madurez y seguridad en sí mismo
- Combinar autoridad con flexibilidad
- Sensibilidad
- Comprensión de la sexualidad, sin prejuicios ni doble moral
- Comunicación sincera y fluida con los jóvenes
- Conocimiento de la problemática social actual
- No proyectar sus propias experiencias sobre el paciente
- Ejercer el papel que le corresponde, no actitud paternalista, aliado de los padres o amigo del paciente
- Favorecer la cita personal, facilitar la cita sin padres

- Dar directamente explicaciones
- Ayudar a comprender la enfermedad e implicarles en el mantenimiento y recuperación de la salud. Desarrollar la autonomía del joven

Las recomendaciones generales son, hacer la anamnesis de la historia previa, si ha ido acompañado por los padres que estos expongan los motivos de la consulta, pedir a los padres que vayan a la sala de espera para poder hablar a solas con el paciente, reforzar la confidencialidad y prestarle toda la atención evitando escribir e interrumpir.

Para no olvidarnos de nada, utilizaremos el acrónimo FACTORES, creado por Gaspá y García Tornel en 2005²⁸:

- Familia: relación con padres, hermanos
- Amistades: como es la relación
- Colegio- trabajo: rinde o no, le gusta o no
- Tóxicos: ha consumido o no, el qué
- Objetivos: metas, ilusiones, deseos
- Riesgos: actividades que puedan suponer un peligro
- Estima: como se ve a sí mismo, está satisfecho o no
- Sexualidad: informar, es sexualmente activo o no

Otros acrónimos que pueden utilizarse son: HEADSS (hogar, educación, actividades, drogas, sexualidad, suicidio), HEEADSSS (ampliando con alimentación y seguridad) o las ocho Ces de Silber (calcio, colesterol, cigarrillos, condón, cinturón de seguridad, comprensión/cariño, comida, casco)²⁷.

Diferentes actitudes del adolescente^{3,29}:

- Adolescente hablador: a veces habla mucho de un tema para evitar otro que le incomoda. A veces exagera, hay que diferenciar la fábula de la realidad
- Adolescente silencioso: conviene romper el silencio. No quiere colaborar, ha ido a la consulta obligado de alguna manera por sus padres, tutores
- Adolescente enfadado y agresivo: identificar la causa del enfado, no involucrarse ya que el profesional no es la causa del enfado
- Adolescente lloroso: las lágrimas son una forma de expresión, hay que dar un apoyo silencioso

5.4.2. Atención previa al embarazo

Puede llevarse a cabo en dos sentidos, acudiendo los sanitarios a la población destinataria en los colegios o yendo los pacientes a las consultas del centro de salud; la primera va encaminada a un grupo, la segunda es personal, individual.

En la visita preconcepcional se realizará: valoración global (antecedentes familiares y genéticos, médicos, reproductivos, factores psicosociales, exploración física, pruebas de laboratorio, cribado de infecciones, acciones educativas y promotoras de la salud)³⁰ interviniendo para la reducción de riesgos maternos y fetales. Hay que tener en consideración, que no todos los EA son accidentales o no buscados, en otras culturas este es un hecho totalmente normal, por ejemplo en la etnia gitana, donde la mitad de las gestaciones son deseadas¹⁴. La revisión del calendario vacunal es fundamental.

Cuando una adolescente acude a someterse a una prueba de embarazo es porque ha estado expuesta a esa posibilidad. Que el resultado sea negativo no quiere decir que la labor haya acabado, se debe investigar un poco más acerca de las circunstancias, aprovechando para hacer una intervención profiláctica.

Hay que estar atentos a las adolescentes, porque muchas no van a decir que están embarazadas; algunas acuden aludiendo problemas digestivos, aumento de peso, molestias urinarias...Ante esta situación, conviene indagar preguntando acerca de sus últimas reglas, si es sexualmente activa, si usa anticoncepción. Una vez diagnosticado, el caso debe ser abordado por todo el equipo^{4,28}. La realización de la historia clínica permitirá una visión global de la adolescente. El EA supone una confrontación para la adolescente, para decidir si sigue con el embarazo o no; sería recomendable integrar a la pareja en el proceso, ya que el problema no es solo de la mujer. Incluir a los hombres en los programas de prevención aumenta los resultados positivos.

5.4.3. Seguimiento del embarazo

Para un buen control, este debe iniciarse en el primer trimestre, antes de las 10 semanas, y es imprescindible involucrar a la madre. Podemos encontrarnos en varios escenarios:

- La adolescente continúa con el embarazo y quiere el bebé: nos centraremos en la asistencia pre y postnatal, ayudando a asumir la maternidad

- La adolescente continúa con el embarazo para entregar al bebé en adopción: durante la gestación se trabajará para crear un soporte psicológico. Si no se logra podemos tener en un futuro alteraciones psicológicas y de conducta
- La adolescente no quiere continuar con el embarazo: dejaremos que reflexione su decisión, trabajaremos para crear un soporte psicológico e incidiremos en la causas del embarazo para prevenir próximas gestaciones

Si se va a continuar con el embarazo conviene incidir en varias cuestiones:

- Nutrición: vitamina D, hierro y calcio. Las adolescentes suelen comenzar el embarazo con bajo peso y siguiendo una dieta pobre en micronutrientes
- Hábitos tóxicos: saber si consumen tabaco, alcohol y drogas. Es importante el abandono del alcohol especialmente en los 3 primeros meses
- Ejercicio
- Prevenir trastornos de salud mental: investigar crisis psicosociales y antecedentes paternos
- Violencia de género: valorar el papel de la pareja, conocer como es su relación
- Cuidados prenatales: someterse a todas las pruebas, lactancia materna
- Control del postparto: visita a de la matrona lo antes posible tras el parto, y otra al médico a las 6 semanas
- Prevención de una segunda gestación: se produce en el 20% de los casos, debido a la persistencia de los factores de riesgo^{4,30}

5.4.4. Barreras acceso sanitario

Las barreras señaladas por las adolescentes de cara a la atención sanitaria son:

- Horarios limitados de los servicios
- Dificultad del medio de transporte
- Dificultad para obtener visita
- Actitud y trato de los profesionales
- Tiempo de espera
- Desconocimiento de dónde acudir

Como razones personales:

- No percibir complicaciones
- No considerar importante el cuidado prenatal
- No querer reconocer el embarazo
- Vergüenza y temor a los procedimientos
- Miedo a decírselo a los padres
- Diferencia de edad entre ellas y el profesional
- Dificultad económica
- Abuso de sustancias
- Tener problemas sociales más importantes que centrarse en la salud

Razones que los profesionales consideran como barreras:

- Bajo nivel de estudios
- Miedo a los procedimientos
- Tiempo de espera largo, con horario limitado de visita
- Problemas sociales, psicológicos y de abuso de sustancias^{4,31}

5.5. Educación sanitaria

5.5.1. Programas eficaces. Enfoque holístico

Los proyectos con mejores resultados son los que se preocupan de las necesidades educativas, sociales, económicas, nutricionales, psicológicas y médicas de los adolescentes.

El desarrollo de habilidades personales combinado con la provisión de anticoncepción disminuye el riesgo de un primer embarazo un 15%; si enseñamos habilidades a los padres, el riesgo de posteriores embarazos se reduce un 37%.

Se muestran más eficaces los programas duraderos, que favorecen interiorizar nuevos comportamientos, y que tratan a la persona de forma integral³².

La educación sexual, se ha basado normalmente, en los aspectos negativos, es decir, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, no respondiendo a la necesidad de información o adquisición de habilidades.

Un enfoque holístico, que muestre la sexualidad como un área más del ser humano, que les ayude a determinar su sexualidad y enfocar la vida sexual desde una manera responsable y completa, sería lo más adecuado.

Las primeras fuentes de información son informales, como los padres. A los profesionales parece que solo se acude cuando hay un problema. Se debe mostrar el enfoque positivo de los profesionales, fuente formal, no solo para prevención de ITS y embarazos involuntarios. Los jóvenes necesitan ambas fuentes de información, que no se opongan y sean complementarias.

La educación sexual, si se entiende en su amplio concepto, incluye no solo aspectos físicos, emocionales, interacción y contactos sexuales, sino también la amistad, la confianza, la atracción, la seguridad. Si se observa desde esta perspectiva, es mejor que la educación sexual comience en primaria, si se restringe al contacto sexual, empezará en la pubertad.

La educación sexual debe estar impartida por una sola persona, que lo integre de una manera global, si no son capaces en el colegio, pueden acudir a las escuelas profesionales externos. En algunos países se llevó a los niños a los centros de salud de adolescentes, ayudando a que pierdan el miedo a acudir a ellos.

Hay tres tipos de programas:

- Sólo abstinencia: se centran en decir no a las relaciones sexuales antes del matrimonio
- Educación sexual integral: incluyen la abstinencia como opción, pero hablan sobre métodos anticonceptivos
- Educación sexual holística: abarca el tipo anterior, y además, el crecimiento personal, sexual y el desarrollo

Estudios realizados en Estados Unidos (EEUU) mostraron que el primer tipo, no obtiene resultados positivos, mientras que el segundo tipo sí es eficaz. En Europa Occidental predomina el último tipo. Con el primer y segundo tipo, se busca más la obtención de resultados, mientras que con el último, se busca el crecimiento personal³³.

Los países nórdicos poseen una educación sexual obligatoria que comienza a edades muy tempranas, se basa en la ciencia y la no distinción de género, los objetivos son aumentar el conocimiento, explicar sentimientos, valores y actitudes, desarrollar

habilidades y promover un comportamiento que fomente la reducción de riesgos. Suecia tiene una tasa de embarazos adolescentes del 2%³⁴.

La educación sexual prepara a los adolescentes para tener relaciones satisfactorias que ayuden a potenciar la autoestima y la personalidad. No está demostrado que la educación sexual fomente el inicio de las relaciones sexuales.

5.5.2. ¿Educación sexual desde la infancia?

Hay que empezar la educación sexual temprano. Los niños y niñas son seres sexuados. Es importante informar de cada tema antes de que hayan llegado a la etapa de su desarrollo³³.

Durante los 6 primeros años de vida los niños son conscientes de sus cuerpos. Tienen sentimientos sexuales durante la primera infancia. En esta etapa, los objetivos son:

- ✓ Fomentar la observación y exploración del entorno
- ✓ Garantizar la información satisfaciendo la curiosidad
- ✓ Utilizar el juego para la expresión de sentimientos
- ✓ Dar mayor flexibilidad a los roles
- ✓ Facilitar la separación de la figura de apego y favorecer la relación con iguales
- ✓ Identificar distintos modelos de familia
- ✓ Conocer el cuerpo y las diferencias con el otro género
- ✓ Educar en el respeto

Durante primaria son más vergonzosos en este tema. En este período se trata de adquirir:

- ✓ Información sobre el hecho sexual, su propio cuerpo, cambios que van a tener lugar
- ✓ Una actitud positiva hacia la sexualidad
- ✓ Consolidación de la identidad
- ✓ Relaciones de igualdad y respeto
- ✓ Diálogo sobre estas cuestiones con el grupo de iguales y la familia
- ✓ Estrategias de comunicación de sentimientos
- ✓ Desarrollado habilidades para hacer frente a posibles situaciones de riesgo

Entre los 11 y los 13 años se interesan más en profundidad por su propio cuerpo y por el del sexo contrario. Se incrementan las diferencias entre sexos, adquiere gran importancia la amistad con personas del mismo género y comienza el acercamiento al otro sexo. Entre los 12 y los 20 años confirman su orientación sexual y sus preferencias.

En este estadio, se busca:

- ✓ Una actitud positiva hacia la sexualidad
- ✓ Estrategias de actuación frente a situaciones que pueden tener lugar
- ✓ Desarrollo de la autoestima aumentando la flexibilidad de roles sexuales
- ✓ No basarse en prejuicios y sí en valores
- ✓ Conocer los cambios biopsicosociales de esta etapa
- ✓ Aceptar la identidad y la orientación sexual
- ✓ Asegurar el acceso a la información e implicar a la familia³⁵

La educación sexual en un concepto global, se hará acorde a la edad, nivel de comprensión y progreso; se acepta la diversidad, se inicia con el nacimiento, va a favorecer la adquisición de habilidades y debe haber una base científica. Con ella se conseguirá, una sociedad tolerante, consciente de los roles de género, capaz de tomar decisiones debido a la ampliación de capacidades, concedora del cuerpo, con la formación de seres sexuados, que adquieren conocimientos físicos, emocionales, cognitivos, sociales de la sexualidad, anticoncepción, abuso sexual, enfermedades de transmisión sexual e información acerca del acceso al sistema sanitario.

Especial atención a minorías, discapacitadas, inmigrantes y personas con bajo nivel educativo.

La educación en los colegios es una buena idea, pero involucrando siempre al entorno²⁶.

5.5.3. Educación para la Salud en Atención Primaria (AP)

Resultados de un análisis publicado en 2014, llevado a cabo en 41 centros de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana, un tercio de los médicos realizan prevención ante la demanda, signos de sospecha o quejas, por menos de una quinta parte de las enfermeras, el 63,3 % de las matronas la llevan a cabo. Si se habla de prevención del embarazo no deseado ante sospecha del mismo, son los médicos de familia y los pediatras los que actúan mejor para la prevención, seguido de las enfermeras y de las

matronas en último lugar. La mitad de los médicos de familia y pediatras derivan estos temas al centro de salud sexual y reproductiva.

Los impedimentos que expresan son: lenguaje y comprensión de los problemas, diferencias étnicas, insuficiente preparación (segunda causa), falta de tiempo (primera causa), presencia de la pareja, presencia de los padres, primer contacto con el paciente, no querer poner al paciente en apuros, el paciente no expresa quejas sexuales. Los médicos de familia, hablan de aumentar las revisiones en la adolescencia para tratar la sexualidad¹³.

6. Conclusión e implicaciones para la práctica

La educación sexual no debe restringirse a los aspectos negativos como las ITS o los embarazos adolescentes, es conveniente potenciar otros aspectos como la confianza, la amistad, los sentimientos o las emociones, aspectos positivos de esta modalidad. Desde esta perspectiva, la educación sexual comenzaría en la infancia, educación infantil o primaria, con un lenguaje adecuado y acorde a la edad, tratando aspectos relacionados con esta etapa, de esta manera se conseguirá que los niños y niñas adquieran habilidades y capacidades que les permitan enfrentarse a las diversas situaciones que pueden presentarse en la vida de forma adecuada. Forjando cambios desde edades tempranas, se observarán cambios en la etapa adolescente y juvenil que derivarán en relaciones sanas y satisfactorias.

La educación debe desarrollarse a través de tres pilares fundamentales que tienen que complementarse: el profesorado, la familia y los sanitarios, en este último punto, los profesionales mejor preparados serían las enfermeras de pediatría, que conocen las características de las diferentes etapas de la infancia y tienen la función de la prevención y promoción de los hábitos saludables, además de conocer al paciente y su familia desde su nacimiento. Es importante que ante una adolescente que acuda a consulta con sospecha de embarazo, aunque el resultado sea negativo, no se quede la labor sanitaria en ese punto, pues si la joven tenía esa duda es que ha estado expuesta, por lo que habría que indagar en las circunstancias, saber cómo es su salud sexual y aprovechar para hacer una intervención profiláctica.

Sería aconsejable impartir los programas de educación sexual destinados a la población adolescente, o al menos alguna parte de los mismos, en los centros de salud, para que se relacionaran con el ambiente e ir destruyendo esas barreras que les provocan el rechazo a acudir a los profesionales sanitarios. De esta manera, conocerían a donde pueden recurrir.

Especial atención tiene que ser destinada a las minorías, ya que vistos los estudios, la población inmigrante o la etnia gitana son población de riesgo para el embarazo adolescente, por lo que habría que hacer un mayor hincapié.

7. Limitaciones del estudio

Las limitaciones de este estudio son que al tratarse de una revisión bibliográfica, es una primera aproximación para conocer el estado de la cuestión del que puede partir futuras investigaciones en el campo de la Enfermería; y el tiempo, que no permite llevar a la práctica las conclusiones obtenidas.

8. Referencias bibliográficas

1. Lima Serrano M, Neves de Jesus S, Lima Rodríguez JS. Actitudes de adolescentes hacia la salud: evaluación de un programa escolar de promoción de la salud en Sevilla, España. *Salud Colect.* 2012; 8(1).
2. Mejía Ramírez G. En *Salud y sexualidad. Guía didáctica para adolescentes.* San José: Univerisdad a distancia; 2006. p. 32.
3. Cornellà i Canals J, Llusent Guillamet A. Particularidades de la entrevista adolescente. *Form Med Contin Aten Prim.* 2005; Marzo; 12(3).
4. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Embarazo en la adolescencia. *Prog Obstet Ginecol.* 2014 octubre; 57(8).
5. Organización Mundial de la Salud. sitio Web de OMS. [Online].; 2014 [cited 2015 enero 3. Available from: HYPERLINK "http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/" <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
6. Noguera N, Alvarado H. Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Rev Colomb Enferm.* 2012; 7(7).
7. García Mañas A, Martín Perpiñán C. La sexualidad en adolescentes y jóvenes. *Evid Pediatr.* 2011 Jun; 7(2).
8. Moreno Mínguez A, Rodríguez San Julián E. Informe Juventud en España 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Instituto de la Juventud; 2013. Report No.: ISBN: 978-84-15368-06-9.
9. Royuela Ruiz, P. Comportamientos Sexuales de los Adolescentes de Castilla y León. Datos para valorar la edad de vacunación del Virus del Papiloma Humano. [tesis Doctoral]. Valladolid: Universidad de Valladolid, Facultad de Medicina; 2013
10. Oltra Rodríguez E, Riestra Rodríguez R, Chamizo Vega C, González Pisano AC, González Pisano M, Mirón Ortega MD, et al. ¿Qué experiencias, actitudes y comportamientos tienen los adolescentes españoles ante la contracepción?. *Cult Cuid.* 2003;(14).
11. Sociedad Española Contracepción. Sitio Web de Sociedad Española Contracepción. [Online].; 1997- 2014 [cited 2015 Marzo 24. Available from: <http://enanticoncepcionvivetuvida.es/>.
12. Aymerich Andreu M, Planes Pedra M, Gras Pérez ME, Vila Coma MI. La contracepción de emergencia en chicas estudiantes de bachillerato. *C. Med Psicosom.* 2011;(97).
13. Hurtado Murillo F, Donat Colomer F, Colomer Revuelta J, Pla Ernst E, Sánchez Guerrero A, Sarabia Vicente S, et al. Promoción, prevención, detección y actuación ante embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en adolescencia desde Atención Primaria. *C. Med, Psicosom.* 2014;(111).

14. Yago Simón T, Tomás Aznar C. Variables sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años. *Rev Esp Salud Pública*. 2014 Mayo- Jun; 88(3).
15. Díaz A, Sanhuesa P, Nicole Yaksic, B. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2002; 67(6).
16. Paredes Atenciano JA. Manual práctico para enfermería. Sevilla: MAD; 2003.
17. Molina Cartes R, González Araya E. Teenage pregnancy. *Endocrine development*. 2012.
18. Valles Fernández N, López de Castro F. Anticoncepción en la adolescencia. *Semergen*. 2006 Junio; 32(6).
19. López Prieto E. Sitio Web Universidad de Cantabria. [Online].; 2014 [cited 2015 Marzo 20]. Available from: <http://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/5117>.
20. Carmen Álvarez Nieto, Guadalupe Pastor Moreno, Manuel Linares Abad, Juan Serrano Martos, Laura Rodríguez Olalla. Motivaciones para el embarazo adolescente. Elsevier España, 2014.
21. Álvarez Nieto C, Pastor Moreno G, Linares Abad M, Serrano Martos J, Rodríguez Olalla L. Maternidad temprana: percepciones e implicaciones de las madres de las adolescentes. *Matronas Prof*. 2014;(3).
22. González Rodríguez MP VMC. Actitud de los hombres adolescentes ante el embarazo en la adolescencia. *Evid Pediatr*. 2011 Jun; 7(2).
23. Orejón de Luna G, González Rodríguez MP. Los adolescentes con mejores resultados académicos y más habilidades sociales tienen menos conductas de riesgo en sus relaciones sexuales. *Evid Pediatr*. 2010 Jun.
24. España. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, 4 de marzo de 2010, núm. 55, pp 21001-21014.
25. Ortega Barreda, E. Secuelas Psicológicas tras la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Adolescentes. *Ene*. 5(1):25-32, abr 2011. Disponible en <http://enfermeros.org/revista>
26. España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Online].; 2014 [cited 2015 Febrero 14]. Available from: HYPERLINK "https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm" \l "Tabla1" https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm#Tabla1
27. Casas Rivero J, Iglesias Díaz L, Ruiz Lázaro P. La entrevista al adolescente. *Adolescere*. 2013 Mayo; 1(2).

28. Gaspà Martí J, García-Tornel Florensa S. Relación médico-adolescente. Técnicas de la entrevista. Aspectos legales. *Pediatr Integral*. 2005 En- Feb; 9(1).
29. Hidalgo Vicario MI, Castellano Barca G. Entrevista con adolescentes. ¿Cómo afrontar con seguridad la entrevista clínica con adolescentes? En: AEPap ed. Curso de actualización Pediatría 2003. 1ª ed. Madrid: Exlibris Ediciones, 2003; p. 261-267.
30. González Merlo J, Lañlla Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. *Obstetricia*. 6ª ed.: Barcelona: Elsevier; 2013.
31. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. *Pregnancy and Complex Social Factors: A Model for Service Provision for Pregnant Women with Complex Social Factors*. London: NICE Clinical Guidelines; 2010.
32. Dean SV, Mason EM, Howson CP, Lassi ZS, Imam AM, Bhutta ZA. Born Too Soon: Care before and between pregnancy to prevent preterm births: from evidence to action. *Reprod Health*. 2013; 10.
33. Centro Federal de Educación para la Salud, BZgA. sitio Web Salud Pública Ayuntamiento de Madrid. [Online].; 2010 [cited 2015 marzo 6]. Available from: http://www.madridsalud.es/publicaciones/OtrasPublicaciones/standars_de_calidad_de_la_educacion_sexual_en_europa_traducido_12nov.pdf.
34. Velandia M. Lecciones aprendidas y enfoque a los derechos en educación sexual en los países nórdicos. En *Salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes en América latina: Incorporando la perspectiva de derechos humanos en las inversiones de salud pública*; 2012; El Salvador. p. 39-41.
35. García Ruiz M. Sitio Web Principado de Asturias. [Online].; 2011. Programa de educación sexual con familias desde Atención Primaria [cited 2015 Abril 14]. Available from: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/Programas%20de%20Educaci%C3%B3n/Educaci%C3%B3n%20afectivo%20sexual/EDUCACION%20SEXUAL%20PRIMARIA%201%20web.pdf

9. Anexos

Anexo I. Percepción de la salud y relación familiar de los adolescentes de Castilla y León

- Relación con los padres
 - Viven con los padres
 - Buena relación con los progenitores, se deteriora con la edad
 - Cariño hacia padre menor con la edad y mayor en chicas, mayor confianza en los chicos; mayor incompreensión por parte del padre, más enfrentamientos con la edad con el padre
 - Alto porcentaje cariño hacia la madre
 - Ante adres separados, sentimientos de responsabilidad, conflicto de lealtad debida a cada uno de los padres, preocupación ante el rechazo, miedo al abandono y a no ser querido
- Estado de salud
 - Creencia de estado de salud 4,48 sobre 5, mejor en chicos, empeora con la edad
 - 4,43 sobre 5 salud infancia
 - Duermen peor según crecen,
 - Las chicas consideran que se alimentan peor
 - Las jóvenes tienen peor estado de ánimo, se acrecenta con la edad, baja autoestima
 - 55,7% bebe alcohol, en fines de semana 22% más chicas que chicos, las razones son que les gusta y divierte
 - 87% no han consumido nunca drogas ilegales
 - Mayor motivo de ingreso en adolescentes, el parto y el aborto

Anexo II. Conductas de riesgo de los jóvenes españoles: sexo y drogas

Las conductas sexuales de riesgo referidas por los propios adolescentes son no llevar siempre preservativos, aún sabiendo que puede surgir la ocasión; mantener relaciones sexuales en la primera cita sin protección, mantener relaciones sexuales «casuales» sin preservativo y haberse sentido presionado a mantener relaciones sexuales sin

preservativo. Las razones del no uso del preservativo son tener pareja estable, alcohol y otras drogas, y motivos culturales.

En Cataluña, el uso de anticoncepción de emergencia es mayor en la franja 16- 19 años, los motivos son el consumo de alcohol, relaciones sexuales con penetración semanalmente. El acceso no ha disminuido las tasas de END y abortos, la mayor accesibilidad se asocia a un mayor número de relaciones sin protección

El consumo de drogas en el contexto recreativo nocturno también está relacionado con un mayor número de relaciones sexuales. Estos consumos son valorados positivamente por parte de los más jóvenes porque, consideran estas sustancias como un instrumento facilitador de las relaciones sexuales. Relación entre el consumo de drogas y mayor número de parejas sexuales y uso de la anticoncepción de emergencia.

Fuerte relación entre beber alcohol/ consumir drogas y relaciones sexuales con penetración.

Anexo III. Redes de apoyo a las adolescentes embarazadas

Muchas de las chicas que se quedan embarazadas de forma no deseada se encuentran sin recursos socioeconómicos, así como el apoyo de su entorno. Estas son algunas organizaciones u asociaciones que ayudan a gestantes o madres adolescentes, así como su carta de presentación.



“Fundación Madrina es una entidad social apolítica y aconfesional, de carácter “benéfico asistencial”, sin ánimo de lucro; dedicada a la asistencia integral de jóvenes y adolescentes embarazadas, sin recursos y en riesgo de exclusión social, violencia o abuso.”



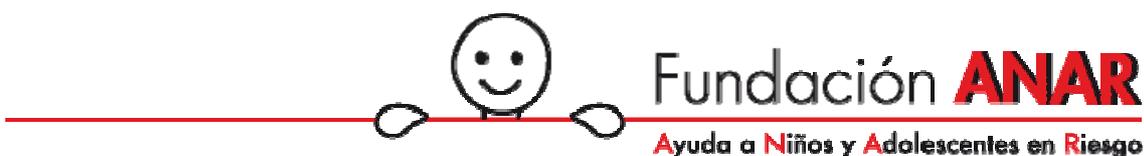
“REDMADRE es una Fundación creada en 2007 con el propósito de activar una Red solidaria de apoyo, asesoramiento y ayuda a la mujer para superar cualquier conflicto surgido ante un embarazo imprevisto, en toda España.”



“El voluntariado atiende a mujeres con graves dificultades a través de distintos tipos de ayuda. Asimismo, la Fundación desarrolla actividades para su formación cultural y humana, orientándolas y ayudándolas en el cuidado y educación de sus hijos.”



“Desde 1999, estamos luchando por ayudar a madres con nombre y apellido y al hijo del que están embarazadas.”

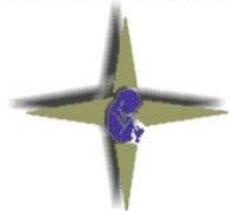


“La Fundación ANAR (Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo) es una organización sin ánimo de lucro. Sus orígenes se remontan a 1970 y, desde entonces, se dedica en el marco de la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas, a la promoción y defensa de los derechos de los niños y adolescentes en situación de riesgo y desamparo, mediante el desarrollo de proyectos tanto en España como en Latinoamérica.”



“El COF Diocesano de Valladolid es un servicio de apoyo a la Familia, al Matrimonio y a la Vida. A través de un equipo de profesionales ofrecemos orientación, apoyo y ayuda ante las diferentes situaciones de dificultad que puede vivir una persona o una familia.”

ADEVIDA



“Es una Asociación civil, sin ánimo de lucro, declarada de utilidad pública. Se inspira en el reconocimiento de que todo ser humano, desde el momento de la concepción tiene la dignidad y los derechos inherentes a las personas, amparados por una Ley moral objetiva superior e independiente del arbitrio o pacto de los hombres.”



“La Asociación para la Integración del Menor Paideia, es una entidad sin ánimo de lucro declarada de utilidad pública por orden Ministerial, creada en 1.986 y especializada en la protección de la infancia.”



“La Asociación de Solidaridad con Madres Solteras (ASMS) se constituyó el 17 de noviembre de 1983 en Madrid. Nació en un momento de cambio social, momento en el que se nos daba voz para contar, para denunciar, para cuestionar... Así que nos juntamos y decidimos decirle al mundo que nosotras, las mujeres que criamos solas a nuestros hijos e hijas, también somos FAMILIA!!!, CON LOS MISMOS DERECHOS Y OBLIGACIONES que el resto. Y que también queremos las mismas oportunidades.”



“Dedicada desde el año 2005 a ofrecer apoyo integral a mujeres embarazadas que se encuentran en situación de dificultad y/o especial necesidad así como a sus bebés hasta los 18 meses.”



“Acción Familiar es una organización sin ánimo de lucro que lleva trabajando por y para la familia desde 1978. Le ayuda a ejercer correctamente sus funciones, para construir una sociedad con un futuro sólido y estable.”