



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico (2015-16)

Trabajo Fin de Grado

**La Salud Sexual
en los adolescentes españoles.**

Revisión bibliográfica

Alumno/a: Rosalía Fernández Llamo

Tutor/a: D^a María José Villullas Mate

Julio, 2016

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.....	2
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	12
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	18
5. CONCLUSIONES.....	32
6. BIBLIOGRAFÍA.....	34
7. ANEXOS.....	41

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I: Elaboración de preguntas PICO.....	12
Tabla II: Fuentes de información y datos.....	13
Tabla III: Tesoros DeCS y MeSH empleados en la búsqueda.....	14
Tabla IV: Bases de datos empleadas y número de artículos válidos.....	15
Tabla V: Edad de inicio de las relaciones sexuales en adolescentes.....	19
Tabla VI: Métodos anticonceptivos usados en España por grupos de edad (2014).....	23
Tabla VII: Tasas de IVES en adolescentes españoles.....	29

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Principales razones de no uso del preservativo en adolescentes.....	21
Figura 2: Evolución de la frecuencia de uso del preservativo por grupos de edad.....	24
Figura 3: Evolución de la frecuencia de uso de la píldora por grupos de edad.....	26
Figura 4: Evolución del porcentaje de IVES por grupos de edad en España. (Tasas por 1000 mujeres).....	29
Figura 5: Principales fuentes de información sobre educación sexual.....	31

1. RESUMEN

Introducción: El goce de una buena salud sexual y reproductiva implica que las personas ejerzan su derecho a estar informados y a acceder a métodos anticonceptivos; los adolescentes son un grupo susceptible, que precisa de intervenciones desde diversos ámbitos, para así conseguir una buena orientación y una salud sexual saludable.

Objetivo: Conocer la situación en materia de salud sexual en los adolescentes españoles.

Material y métodos: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica desde el mes de diciembre de 2015 hasta julio de 2016. Una vez realizada la búsqueda en diferentes bases de datos y revistas electrónicas, se seleccionaron 30 artículos que cumplieran los criterios de inclusión marcados; además, se utilizaron 5 guías sobre métodos anticonceptivos y salud sexual.

Resultados y discusión: Los adolescentes cada vez son más precoces y promiscuos en sus relaciones sexuales; además, se caracterizan por una baja percepción del riesgo, lo que hace que se expongan a riesgos innecesarios que son perjudiciales para su salud, como un embarazo no deseado o una infección de transmisión sexual. El método anticonceptivo más empleado por los adolescentes es el preservativo seguido de la píldora; sin embargo, nuevos métodos anticonceptivos se están abriendo campo. A pesar de ello, el 31% de las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas en 2014 fueron a población adolescente, lo que refleja que todavía hay numerosos adolescentes que no emplean de protección.

Conclusiones: Como enfermeros, sólo conseguiremos que los adolescentes forjen hábitos sexuales saludables eliminando las barreras y favoreciendo la accesibilidad a información y métodos anticonceptivos, consiguiendo así reducir los comportamientos sexuales de riesgo y el disfrute de una sexualidad sana y segura.

Palabras clave: adolescentes, salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos, conductas de riesgo e infecciones de transmisión sexual.

2. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

2.1. Historia de los métodos anticonceptivos.

Desde tiempos remotos las personas han empleado todo tipo de sustancias, artefactos y mecanismos para controlar la natalidad, es decir, decidir si deseaban tener hijos y el momento en que querían tenerlos. Algunos de estos métodos eran útiles y beneficiosos, en cambio otros, no sólo fallaban, sino que ponían en peligro la vida y la salud de las personas.^{1, 2} Muchos de los primeros métodos que nuestros ancestros empleaban para evitar embarazos no planificados, tenían sus bases en la conducta sexual, como por ejemplo: la abstinencia sexual, las relaciones sexuales sin penetración, el coitus interruptus, la predicción de la fertilidad o la lactancia continua; en la actualidad, millones de personas en el mundo todavía sigue utilizándolos como método de planificación familiar.^{1, 2, 3}

La era Prehistórica se caracterizó por el gran desconocimiento que había sobre cómo y por qué surgía el embarazo; muchos pensaban que se trataba de un hecho mágico, algunos lo achacaban al sol, la luna o el viento y otros al mar o las estrellas.¹

Los primeros datos que existen hasta ahora sobre métodos de anticoncepción se remontan al papiro de Petri, un papiro egipcio del año 1850 a.C. que relatava cómo se impedía el embarazo al colocar antes del coito una mezcla de estiércol de cocodrilo, miel, bicarbonato sódico, aceite y más sustancias en la vagina femenina.²

Aristóteles (384-322 a.C.) en su libro "Historia Animalium" explicaba métodos anticonceptivos con ungüentos de aceite de cedro, oliva e incienso que al colocarse en las paredes vaginales conseguían impedir el embarazo. También Hipócrates en su libro "Las enfermedades de las mujeres" sabía que el momento de fertilidad de las mujeres se producía después de la menstruación.^{1, 3}

La abstinencia sexual por parte de la mujer pasó de no ser utilizada como método en la Prehistoria, a su máximo esplendor en la Edad Media hasta finales del siglo XX, ya que mantener virgen a la novia antes del matrimonio aseguraba a los hombres que su paternidad era legítima. De esta forma, también el matrimonio se utilizaba como método de control demográfico al vigilar así el tamaño de las familias. ²

No obstante, este hecho generó un grave problema de salud pública, ya que los hombres casados recurrían con mayor frecuencia a la prostitución, lo cual provocó grandes epidemias de infecciones de transmisión sexual (ITS), sobre todo a finales del siglo XX. ²

Siempre se ha tratado, con dificultad, de entender cómo funcionan la fertilidad de la mujer y la reproducción humana, por ello no es del todo sorprendente que hasta el siglo XX y XXI no se conociesen por completo los períodos de ovulación y se demostrase en qué momento era más probable la fecundación del óvulo. ²

Durante los siglos XX y comienzos del XXI, se descubrieron muchos de los métodos que actualmente conocemos, como el método del calendario (Ogino-Knauss), el del moco cervical (Billings) o el sintotérmico que combina tres: el del moco cervical, la temperatura basal y el calendario. ^{2,3}

Otros métodos que a día de hoy se conocen tienen sus bases en épocas mucho más lejanas, como la lactancia materna, utilizada desde la antigua Atenas y Roma y posteriormente por las nodrizas desde el siglo XV hasta finales del siglo XIX; basado en que la lactancia materna completa puede posponer la ovulación y la menstruación (amenorrea). Esto motivó en varios momentos de la historia que las mujeres ricas tuvieran más hijos que las mujeres pobres. ²

En relación al preservativo o condón, fue descrito por primera vez por los egipcios, que empleaban tripas de animales. Más tarde, en el siglo XVI se describió como una “vaina de lino” cuya finalidad era la profilaxis frente a

enfermedades de transmisión sexual (ETS) y sería posteriormente cuando se emplearía como anticonceptivo. ³

En cuanto a la anticoncepción oral, desde comienzos de la historia, las mujeres ingerían semillas, raíces o frutos de las plantas (granada, poleo, papaya, raíz del barbasco...) para controlar su fertilidad. Pero no fue hasta el descubrimiento de la píldora en 1955 en Estados Unidos, cuando se consiguió separar verdaderamente las relaciones sexuales vaginales de la procreación; no obstante, hasta 1960 la píldora no recibe el permiso para ser vendida explícitamente como anticonceptivo oral. ^{3,4}

Los estudios científicos continúan investigando nuevas fórmulas para la píldora así como otros métodos recientes de hormonas combinadas como el parche, el anillo y la inyección. ²

Desde el comienzo de la historia hasta llegar a nuestra época actual, la anticoncepción ha avanzado a pasos agigantados llegando a los métodos anticonceptivos de los que gozamos a día de hoy, más eficaces y con menos riesgos. (ANEXO)

2.2. Historia de la Salud Sexual.

Los seres humanos, nos reproducimos de forma natural mediante el acto sexual, por ello la sexualidad es parte integral de nuestras vidas y nos acompaña en cada etapa expresándose de diferente manera. ⁵

Es importante considerar la sexualidad dentro del contexto del desarrollo humano, ya que, hablar de sexualidad conlleva hablar de reproducción, placer y relaciones con otros seres humanos. ^{5,6,7}

La salud sexual y reproductiva (S.S.R) es un derecho fundamental de las personas y constituye una importante parcela que representa esferas íntimas en su vida, teniendo una conexión directa con el desarrollo de la personalidad del ser humano a lo largo de la vida. ^{6,7}

El camino hacia la S.S.R tal y como la entendemos hoy, se inició en 1948 cuando en la Declaración de los Derechos Humanos, donde se señala que *“la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños y todas las niñas, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.”*⁵ Décadas más tarde, en la “Conferencia de Alma Ata” (1978), se incluye la planificación familiar como un mínimo más de la salud materno-infantil. También en 1979 en la “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” de Naciones Unidas (CEDAW) se vuelve a recoger en su declaración, el derecho a un *“acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluidos la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia”.*⁵

El concepto de S.S.R. nació como tal en 1994, tras años de trabajo de los movimientos feministas.^{5, 6} Es entonces cuando se deja de lado el término de salud materno-infantil con la “Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas” de El Cairo, que la definió como *“estado general de bienestar físico, mental y social. Es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo.”*⁸

Un año más tarde (1995), en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing se perfila y refuerza el concepto de S.S.R, *“la salud sexual y reproductiva, conlleva tener relaciones sexuales gratificantes, enriquecedoras, sin coerción y temor de infección ni de un embarazo no deseado; poder regular la fertilidad sin riesgo de efectos secundarios desagradables o peligrosos; tener un embarazo y parto seguros y criar hijos saludables”.*⁵

En 1996 la Unión Europea y todos sus estados miembros adoptan formalmente el “Plan de Acción sobre Población y Desarrollo de El Cairo”.⁵

A lo largo de los años se realizaron dos revisiones de las conferencias de El Cairo (1999 y 2004) y una de la Plataforma de acción Beijing (2005) donde se ratificaron los compromisos alcanzados en sus primeras convocatorias.⁵

En líneas generales a la conclusión que llegaron es que todavía actualmente faltan derechos en materia de S.S.R, ya que los altos índices de violencia contra las mujeres, la cada vez mayor incidencia de VIH/SIDA y las altas tasas de mortalidad materna en regiones de África, Asia y América Latina, reflejan que “en muchos aspectos la igualdad no es una realidad para la mujer” y que queda aún mucho camino por recorrer.⁵

En España está vigente la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo, desarrollada por los Reales Decretos 825/2010 y 831/2010, ambos de 25 de junio; donde se protege y garantiza el desarrollo de la sexualidad y la capacidad de procreación de las personas, así como la decisión de tener hijos y cuándo tenerlos.⁹

El goce de una buena salud sexual y reproductiva implica que los hombres y las mujeres ejerzan su pleno derecho a estar informados, a acceder a métodos de regulación de fertilidad seguros, eficaces y asequibles, así como disponer de servicios de planificación familiar y salud pública que permitan la adecuada asistencia profesional a la mujer embarazada, para conseguir un parto seguro y el nacimiento de hijos sanos.^{9, 10}

2.3 Salud sexual y adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como *“el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios”*.¹¹

Aunque la OMS delimitó la edad adolescente de 10 a 19 años, actualmente diferencia tres períodos, que la extienden hasta los 24 años. ¹²

- Pre-adolescencia o temprana de 10 a 14 años, correspondiente a la pubertad. Esta etapa se caracteriza por cambios físicos muy rápidos en donde se inicia la lucha del adolescente por su independencia y libertad.
- Adolescencia media o propiamente dicha, de 14 a 18 años. Se caracteriza por un creciente ámbito e intensidad de sentimientos, así como por la importancia concedida a los valores del grupo de amigos.
- Adolescencia tardía de 19 a 24 años. Se considera la última fase del adolescente en la lucha por su identidad e independencia. El adolescente tiene que manejar tareas y la asumir sus responsabilidades de adultez. ¹²

También esta misma organización define la S.S.R como: *“El estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia”*. ¹³

Desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es considerando en muchos aspectos, un “caso especial”. Esta consideración hace referencia, a que sufre rápidos y profundos cambios desde una óptica integral, es decir, en alusión a los tres grandes niveles del desarrollo: biológico, psicológico y social. ¹²

Respecto al nivel biológico destaca el progreso del individuo desde el inicio del desarrollo puberal hasta la llegada de la madurez sexual y la plena capacidad reproductiva, lo que conlleva el despertar del interés sexual, convirtiéndose en prioridad la búsqueda de placer y nuevas experiencias, produciéndose así el comienzo de las primeras relaciones sexuales. ¹²

El ámbito psicológico incluye algunos aspectos clave del desarrollo del adolescente, como la búsqueda de su identidad sexual y la transformación de

los procesos psicológicos. ¹² En este campo, la familia adquiere gran importancia siendo un pilar fundamental en la vida de los jóvenes, aunque en ocasiones la idiosincrasia característica de los adolescentes motiva que busquen su propia identidad e independencia, sin ajustarse a los consejos y modelos establecidos. ^{14, 15}

Por último, en la esfera social se producen las relaciones afectivas, que si son positivas, de aprobación y reconocimiento por la sociedad, el adolescente hará su recorrido con mayor tranquilidad y aceptación; él mismo marcará conductas más saludables en un futuro, y así su continuidad en la edad adulta estará bien documentada. ¹²

Como ya se ha dicho, la adolescencia es un periodo de transición y aprendizaje donde se consolidan las actitudes hacia la sexualidad; a menudo es difícil acceder a una demanda de información y educación sexual, por lo que el individuo encuentra serios obstáculos para acceder a métodos anticonceptivos y medidas de prevención de ITS; lo cual puede acarrear una peor entrada en el mundo de las relaciones sexuales ocasionando consecuencias perjudiciales para su salud. ^{15, 16}

El caos propio del adolescente, con un comportamiento sexualmente activo, atrevido y poco reflexivo conlleva conductas que pueden considerarse de riesgo para la salud. ¹⁷

Se considera conductas de riesgo *“aquellas actuaciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura”* ¹²; es decir, implicaría la exposición del individuo a una situación que puede llegar a ocasionar daños en su salud o la de otros, especialmente a través de la posibilidad de contagio de ETS o generar una situación de embarazo no deseado. ^{12, 18}

Según esta definición se incluyen como prácticas de riesgo el abandono del preservativo en el coito vaginal, anal y oral, la promiscuidad, el inicio temprano en las relaciones sexuales, el consumo de alcohol y otras drogas, junto a un bajo conocimiento sobre los métodos de protección e ITS. ^{12, 18}

Actualmente, tanto el aumento de la precocidad en las relaciones sexuales como la mayor promiscuidad de nuestros adolescentes, aumentan ampliamente las posibilidades de tener más parejas sexuales a lo largo de su vida y mayor número de encuentros sexuales no planificados u ocasionales; provocando así un incremento exponencial en la cifra de embarazos no deseados y en el riesgo de contraer ITS. ^{6, 10}

Las ITS están consideradas por la OMS como un problema de magnitud mundial pues figuran entre las cinco categorías principales por las que los adultos buscan atención médica. Son enfermedades que dependen del comportamiento humano más que ninguna otra epidemia actual y ocasionan efectos profundos y perjudiciales en la S.S.R de las personas. ¹⁹

Además, la OMS afirma que cada día, más de 1 millón de personas contraen una ITS; la mayoría cursan asintomáticas o sólo van acompañadas de síntomas leves que no necesariamente permiten un diagnóstico certero; pero más allá del efecto inmediato de la infección en sí misma, las ITS pueden tener consecuencias graves, entre ellas la esterilidad, el cáncer de cérvix o la transmisión de infecciones de la madre al niño. ^{19, 20}

La reproducción desde la antigüedad se ha controlado mediante el uso de métodos anticonceptivos, los cuales permiten decidir a la pareja el momento adecuado para concebir los hijos que han planificado. ^{21, 22}

La planificación familiar según la OMS es *“la decisión libre, voluntaria e informada de las personas para decidir si embarazarse, en qué momento y cada cuánto tiempo, así como la decisión de los hombres y las mujeres de ejercer su derecho a elegir los métodos anticonceptivos que consideren pertinentes para planificar su familia”*. ²³

La promoción de la planificación familiar, tiene una repercusión directa en la salud, bienestar y autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, en la salud y el desarrollo de las comunidades.²³

Es un punto clave en los sistemas de salud, ya que permite a las personas la posibilidad de llevar a cabo proyectos tanto personales como profesionales, sin tener que limitarse por múltiples y consecutivos embarazos en momentos inoportunos para la pareja, que supondrían riesgos para la embarazada y el bebé.^{21, 22, 23}

Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos, lo que da lugar a una disminución posterior de la mortalidad y morbilidad materno-infantil.²³

La planificación familiar se logra mediante la aplicación y utilización óptima de métodos anticonceptivos. Se define métodos anticonceptivos o contraceptivos como *“sustancias, fármacos, métodos o procedimientos que impiden, previenen o reducen las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen.”*²⁴

El acceso y uso de métodos anticonceptivos permite a las parejas vivir la sexualidad de una manera tranquila al facilitar relaciones sexuales más cómodas y seguras y eliminar la ansiedad asociada a la expectativa de un embarazo no deseado. Todo ello contribuye a que la persona pueda tomar el control de su sexualidad, salud y reproducción, para lograr una vida y salud sexual satisfactoria.^{6, 25}

Además, la anticoncepción fomenta el control de la natalidad por su prevención y reducción del número de embarazos no deseados en poblaciones de riesgo, como por ejemplo, los adolescentes. Dependiendo del método empleado, se conseguirá una protección adicional frente a ETS o ITS.⁶

Ante el aumento de la incidencia de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), demanda de anticonceptivos de emergencia (AE) y que la gran mayoría de embarazos adolescentes podrían haberse evitado²⁷; en los últimos años, en

Atención Primaria, se están realizando programas para la mujer, atendidos por médicos y enfermeros para así evitar el incremento de embarazos no deseados en adolescentes. ²⁶

Justificación

A día de hoy, a pesar de toda la información sobre sexualidad, los jóvenes se encuentran con barreras para acceder a la información en los servicios de salud e incluso dentro de sus propias familias; esta situación provoca que muchos de ellos no posean una información veraz y se guíen por sus propios impulsos, mitos o experiencias de sus amigos y no hagan uso de la anticoncepción o un buen uso de ella.

OBJETIVOS

General:

- Conocer la situación en materia de salud sexual en los adolescentes españoles.

Específicos:

- Conocer los métodos anticonceptivos más utilizados por los adolescentes españoles.
- Identificar las conductas sexuales de riesgo más frecuentes en la población a estudio.
- Analizar las fuentes de información utilizadas por dicha población.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de este trabajo se elaboró una búsqueda bibliográfica a través de Internet y libros de texto durante el período que abarca desde el mes de diciembre de 2015 hasta junio de 2016.

Para la elaboración de la búsqueda bibliográfica se plantearon las siguientes preguntas PICO:

” ¿Qué conductas sexuales llevan a cabo los adolescentes españoles?”

” ¿Qué métodos anticonceptivos utilizan los adolescentes españoles?”

Tabla I: Elaboración de preguntas PICO

P Población de pacientes	I Intervención	C Comparación	O Resultado Esperado
Adolescentes españoles	Conductas sexuales	Conductas sexuales de riesgo o de no riesgo	¿Qué métodos de protección utilizan? ¿Llevan a cabo una sexualidad segura?
Adolescentes españoles	Uso de métodos anticonceptivos	Utilización o no de métodos de anticoncepción	¿Cuáles son los métodos anticonceptivos más utilizados por los adolescentes españoles?

Elaboración propia.

La información y datos obtenidos para el desarrollo de este trabajo se obtuvieron a través de una investigación documental de estudios epidemiológicos encontrados tras la consulta y acceso a diferentes bases de datos, buscadores científicos, portales de Internet, páginas oficiales de diferentes asociaciones, libros de texto y bibliotecas virtuales.

Tabla II: Fuentes de información y datos.

BASES DE DATOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. PubMed 2. LILACS 3. Biblioteca Cochrane Plus 4. SciELO España
BUSCADORES CIENTÍFICOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Google Académico 2. Buscadores científicos de la UVA (Ebsco-Discovery y Dialnet)
PORTALES DE INTERNET	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ministerio de Sanidad Español 2. Sociedad Española de contracepción (SEC) 3. Organización Mundial de la Salud 4. Federación de Asociaciones de Matronas Españolas (FAME) 5. Instituto Nacional de Estadística 6. INJUVE: Instituto de la Juventud Española.
REVISTAS CIENTÍFICAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) 2. Sociedad Española de contracepción (SEC) 3. Matronas Profesión
BIBLIOTECAS VIRTUALES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Biblioteca de la UVA
LIBRO DE TEXTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia

Elaboración propia.

Para conseguir una búsqueda más completa se ha hecho uso de vocabulario y lenguaje controlado o tesauros, es decir, de términos Descriptores en Ciencias de Salud (DeCS) y Medical Subject Heading (MeSH).

Tabla III: Tesoros DeCS y MeSH empleados en la búsqueda

TÉRMINOS DeCS	TÉRMINOS MeSH
Anticoncepción/contracepción	Contraception
Adolescencia/adolescentes/jóvenes	Adolescence/Adolescents
Conductas de riesgo	Risk behaviors
Educación sexual	Sexual education
Encuesta	Quiz
España	Spain
ITS/ETS	Sexual behavior/ Sexually transmitted diseases
Métodos anticonceptivos	Methods contraceptives
Universitarios	University
Salud sexual	Sexual health
Salud reproductiva	Reproductive health

Elaboración propia.

También se utilizaron operadores booleanos para conectar palabras o frases y crear combinaciones de búsqueda que ayudaran a reducir y acotar la búsqueda:

- AND
- NOT
- OR

A mayores de los instrumentos anteriormente citados, para una mayor selectividad se tuvieron en cuenta los siguientes **criterios de inclusión**:

- Artículos que incluyeran la edad de la población diana: adolescentes de 10-24 años.
- Artículos referidos a la población española.
- Respecto la temporalidad, artículos incluidos en el período de tiempo desde 2003 hasta 2015.

- Artículos en español.
- Artículos de acceso gratuito.
- Artículos free full text o texto completo.

Tabla IV: Fuentes de información y datos.

BASES DE DATOS	COMBINACIONES DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS TOTALES ENCONTRADOS	ARTÍCULOS VÁLIDOS
PUBMED	Contraception AND adolescents AND Spain	21 (18 descartados)	3
	Sexual risk behaviors AND adolescents AND Spain	27 (26 descartados)	1
	Sexual education AND Adolescents AND Spain	32 (29 descartados)	3
LILACS	Anticonception AND Spain	2 (1 descartado)	1
BIBLIOTECA COCHRANE PLUS	Anticoncepción AND adolescentes	6 (5 descartados)	1
	Salud sexual AND adolescentes	5 (4 descartados)	1

SCIELO ESPAÑA	Anticoncepción AND adolescentes AND España	5 (2 descartados)	3
	Métodos AND anticonceptivos AND adolescentes	8 (5 descartados)	3
	Educación sexual AND adolescentes AND España	2	2
	Conductas AND sexuales AND riesgo AND adolescentes	26 (23 descartados)	3
	Encuesta AND anticonceptivos AND adolescentes	2	2
BUSCADOR CIENTÍFICO DE LA UVA (EBSCO- DISCOVERY)	Anticoncepción AND adolescentes AND España	49 (47 descartados)	2
	Anticoncepción hormonal AND adolescentes AND España NOT embarazo	63 (62 descartados)	1
	Encuestas AND adolescentes AND anticoncepción AND España	110 (109 descartados)	1
	Conductas sexuales AND riesgo AND adolescentes NOT embarazo	739 (736 descartados)	3
	Métodos anticonceptivos OR anticoncepción AND adolescentes AND españoles NOT embarazo	121 (118 descartados)	3

Elaboración propia.

Los artículos descartados fueron eliminados de la selección por las siguientes razones: no trataban del tema, no eran de texto completo, no se referían a la población española, eran de pago o estaban repetidos. Únicamente se han descrito aquellas combinaciones de búsqueda en las que se encontró algún artículo de interés, pero no fueron las únicas realizadas en la investigación.

Una vez finalizada la búsqueda en las bases de datos citadas, se encontraron 33 artículos de interés, los cuales se sometieron a una segunda lectura crítica y análisis más profundo. Una vez terminado, se eligieron un total de 22 artículos que realmente eran válidos y trataban del tema del trabajo.

Para la elaboración del trabajo también se consultaron las siguientes revistas virtuales: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Sociedad Española de Contracepción (SEC) y Matronas Profesión; de las cuales se eligieron 4 artículos de interés. Si se suman estos 4 artículos a los 22 anteriores hacen un total de 26 artículos que se han empleado en la realización de este trabajo.

Tras la selección final, los documentos seleccionados fueron revisados con el Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español (CASPe) ²⁸ la cual superaron.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras el análisis de los artículos seleccionados los resultados obtenidos se han organizado y clasificado en los siguientes ítems.

4.1. Inicio precoz de las relaciones sexuales y promiscuidad

Como se ha dicho anteriormente, en los últimos años se ha visto una disminución cada vez mayor de la edad de comienzo de las relaciones sexuales en nuestros jóvenes; esta situación provoca un aumento en la probabilidad de tener mayor número de parejas y encuentros sexuales ocasionales, con el consiguiente incremento del riesgo de sufrir tanto embarazos no deseados como infecciones de transmisión sexual.

En lo referente a la edad media de inicio de las relaciones sexuales con penetración, tras el análisis de varios estudios españoles ^{15, 29 - 36} se ha realizado la siguiente tabla comparativa para una mejor comprensión.

Tabla V: Edad de inicio de las relaciones sexuales en adolescentes.

AÑO DEL ARTÍCULO	EDAD DE LA POBLACIÓN	EDAD MEDIA DE INICIO	
2007 ³⁵	13 -18 años	16.3	
2008 ³⁰	15 – 24 años	15 – 19 años: 15,9	
		20-24 años	Hombres: 16,7
			Mujeres: 17,3
2009 ³²	15 – 24 años	15-19 años	Hombres: 15.7
			Mujeres: 15.8
		20-24 años	Hombres: 16.7
			Mujeres: 17.0
2009 ¹⁵	15 – 19 años	Hombres: 15.06	
		Mujeres: 15.3	
2010 ³⁶	13 – 19 años	Hombres: 15.07	
		Mujeres: 15.43	
2011 ²⁹	12 -17 años	Hombres: 14.07	
		Mujeres: 14.48	
2012 ³¹	15 – 29 años	17.3	
2012 ³⁴	16 – 24 años	Hombres: 16.7	
		Mujeres: 16.5	
2014 ³³	14 – 16 años	Hombres: 14.4	
		Mujeres: 14.6	

Elaboración propia. ^{15, 29 – 36}

En la tabla se puede comprobar como la edad de inicio de relaciones sexuales varía en función del año de publicación del estudio y el intervalo de edad de los adolescentes de la muestra: cuanto más antiguo sea el estudio y más edad tengan los adolescentes, la edad de inicio de relaciones sexuales será más tardía, es decir, que se observa un adelantamiento en la edad de inicio sexual a medida que disminuye la edad de los adolescentes.

También se puede observar en la mayoría de los estudios un inicio algo más precoz en hombres que en mujeres aunque en estudios más recientes se observa un inicio cada vez mayor de las mujeres acercándose al porcentaje de sus coetáneos varones.

En cuanto a la promiscuidad, además del Boletín informativo del INE de 2004³⁸, varios estudios recientes ^{29, 33, 36, 38, 39, 40} encuentran diferencias significativas entre el número de parejas sexuales de ambos sexos y coinciden en que los hombres poseen una mayor tendencia a mantener relaciones sexuales con mayor número de parejas que las mujeres.

También los resultados obtenidos en la encuesta sobre Salud y Hábitos Sexuales de 2003 ³⁹ sugieren un importante cambio generacional en las mujeres, cuyo número de parejas parece estar aumentando, aunque sin alcanzar todavía al de los hombres.

4.2. Conductas de riesgo

Cuando se aborda la salud integral del adolescente, debe prestarse especial atención al riesgo o la probabilidad de que ocurra algún hecho indeseable, que pueden causar embarazos no deseados, abortos y ETS.

Cuando se aborda la salud integral del adolescente, debe prestarse especial atención al riesgo o la probabilidad de que ocurra algún hecho indeseable, que pueden causar embarazos no deseados, abortos y ETS.

Debido al déficit de conocimiento e información y de creencias erróneas, por lo general, los jóvenes tienen una baja percepción del riesgo de embarazo o de adquirir ITS, ya que lo consideran como algo ajeno y no propio, *“algo que sólo ocurre al resto de la gente, ya sería mala suerte ”* ^{15, 39}

En los estudios realizados por Folch C. et al ³¹ y Carrasco T.¹⁵ se puede observar un gran desconocimiento por los jóvenes sobre el contagio de las ETS, ya que un alto porcentaje refiere exclusivamente utilizar preservativo en aquellos encuentros con penetración vaginal excluyendo su uso en cualquier

otra práctica sexual como la buco-genital o la coito-anal, aumentando así el riesgo de contraer ITS, aunque desaparezca el riesgo de embarazo.^{29, 34} De la misma forma, en la encuesta realizada por el CEEIS de Catalunya³³ en 2014, un 81% de los encuestados nunca ha empleado preservativo para realizar sexo oral, un 68,2% nunca para penetración anal y un 17,6% tampoco en penetración vaginal.

Estos resultados nos indican que la prevención de embarazos no deseados es el principal motivo de uso del preservativo en la gran mayoría de jóvenes primando sobre el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual.^{15, 39}

Según afirman varios estudios^{15, 30, 32, 36, 39} el no empleo de preservativo se sitúa como principal motivo de exposición al riesgo en jóvenes.

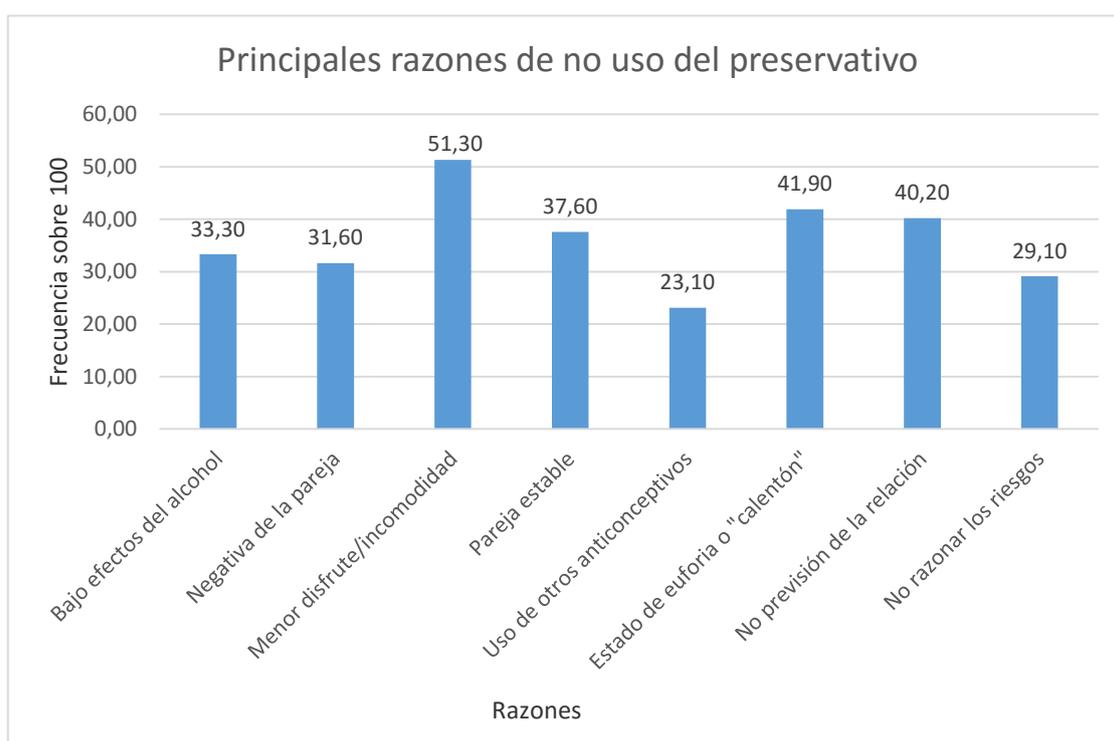


Figura 1: Principales razones de no uso del preservativo en adolescentes.

Elaboración propia⁴⁰

El equipo Daphne en la realización de su 3ª Encuesta (Bayer Schering Pharma) sobre Sexualidad y Anticoncepción en la Juventud Española ³² y otros estudios ^{15, 29, 36, 37, 39, 40} incluyen como causas principales y más frecuentes del no uso de protección: el imprevisto de la relación, estado de euforia y excitación del momento (asociado a alcohol, drogas...), la no disponibilidad de preservativo, conocimiento previo de la pareja, uso de otro método anticonceptivo, enamoramiento, incomodidad en la relación, disminución de la sensibilidad y elevado riesgo de rotura.

Esta baja percepción del riesgo queda reflejada en sus encuentros ocasionales donde abandonan el preservativo dejándose influir por el aspecto físico y apariencia de la persona (*“apariencia limpia”, “alto nivel de belleza”...*) y tener referencia positiva de esa persona. ¹⁵ Además, el uso del preservativo disminuye por las noches, debido a la influencia de alcohol y drogas consumidas, que favorecen el comportamiento despreocupado viéndose minimizada así la percepción de riesgo.¹⁵

En 2012 García-Vega E. et al. ⁴⁰ afirman que la media de conductas de riesgo cometidas por los chicos fue de 1,16, frente al 0,70 de las chicas, resultados que también se ven en otros estudios ^{36, 41} y nos hacen sospechar que son los chicos quienes realizan mayor número de conductas de riesgo ³⁶, ya que asumen en mayor medida una actividad sexual desprotegida ⁴¹.

4.3. Anticoncepción y métodos anticonceptivos

Numerosos estudios afirman que el preservativo es el método anticonceptivo más empleado por los adolescentes ^{29, 32, 33, 42} seguidos de otros como la píldora anticonceptiva, el doble método u otros métodos hormonales.

Tabla VI: Métodos anticonceptivos usados en España por grupos de edad (2014).

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	15 - 19 AÑOS	20 - 24 AÑOS
Preservativo	37,6%	47,1%
Píldora	8,8%	26,5%
Anillo vaginal	1,2%	6,4%
Parche transdérmico	0,4%	0,8%
Inyectables	0,5%	0,8%
Diafragma	0,4%	-
DIU de cobre	-	2,4%
DIU Mirena hormonal	-	-
Coitus interruptus	-	-
No uso	51,0%	16,0%

Elaboración propia ⁴⁵.

En la tabla se puede observar como en función del intervalo de edad de los adolescentes los métodos anticonceptivos varían. El preservativo en ambos grupos de edad es el método más empleado seguido de la píldora anticonceptiva. Un dato llamativo es el alto porcentaje de no uso de anticonceptivos que existe en los adolescentes, pudiéndose percibir mayor porcentaje en aquellos más jóvenes (51,0%)

A continuación se detallarán los resultados obtenidos en función del tipo de método anticonceptivo para una mejor comprensión.

4.3.1. El preservativo

4.3.1.1. Masculino

Lete I. et al.³⁰ en 2008 y García-Vega E. et al. en 2012⁴⁰ afirman que el método anticonceptivo de primera elección para la mayoría de los jóvenes fue el preservativo, con un porcentaje medio de utilización superior al 50%. Apoyando estos resultados, Rodríguez Uceda S.⁴² en su estudio sobre las actitudes y prácticas sobre la sexualidad, encuentra que un 50.9% de los adolescentes identifica como método anticonceptivo más útil el preservativo masculino.

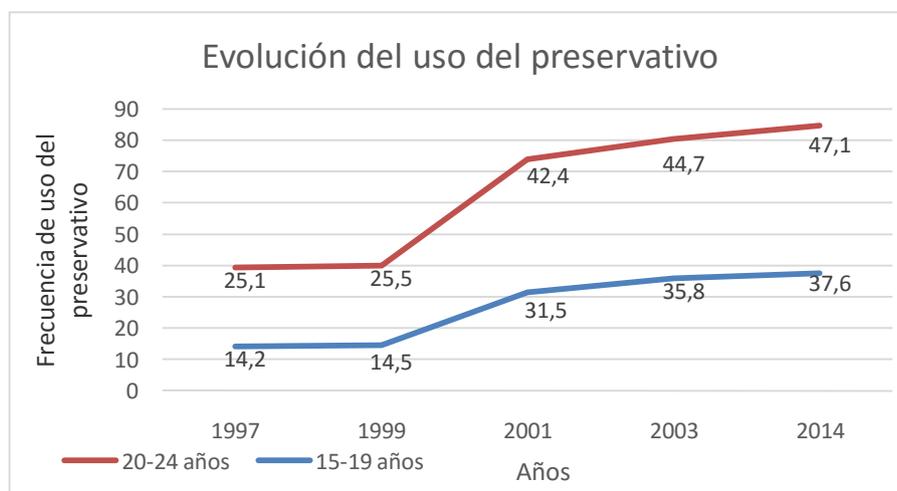


Figura 2: Evolución de la frecuencia de uso del preservativo por grupos de edad.

Elaboración propia^{44, 45}.

En el gráfico se muestra la evolución de uso del preservativo desde 1997 hasta 2014. Se aprecia un notable aumento tanto en un grupo de edad como en otro, lo que nos hace pensar que los jóvenes españoles han mejorado su protección a lo largo del tiempo. En la encuesta más reciente se puede observar como en el grupo de edad de 20 a 24 años (47,1%) casi se alcanza un 50% de uso del preservativo, dato muy positivo, ya que nos indican un incremento de uso frente estudios anteriores y una mejor protección de los jóvenes que cada vez hacen mayor uso del preservativo.

El uso del preservativo en varones es superior al de las mujeres según afirma la 3ª Encuesta Bayer Schering Pharma ³²; al utilizar éstas con más frecuencia otros métodos anticonceptivos, como por ejemplo la píldora o el doble método.

García-Vega E. et al. ⁴⁰ encontraron diferencias en el uso del preservativo en función de la frecuencia de las relaciones; un 78,1% de los que mantuvieron una frecuencia semanal usaron preservativo, frente al 91,3% de los que mantuvieron una frecuencia mensual; de tal manera que los que mantenían con más frecuencia relaciones usaban menos el preservativo que los que tenían relaciones menos asiduamente; de tal manera que cuando las relaciones son semanales (lo que podría suponer tener una pareja estable) la protección es menor pues implica que uno se sienta menos vulnerable al embarazo o a contraer alguna enfermedad.

Los jóvenes que pasaron la encuesta del CEEIS de Catalunya ³³ y el estudio de Rodríguez Uceda S. ⁴² identificaron como principales razones de uso del preservativo la prevención del embarazo, el VIH/SIDA y otras ITS ³³.

4.3.1.2. Femenino

El preservativo femenino es un método poco utilizado y conocido por los adolescentes; en el estudio de Lameiras-Fernández M. et al. ⁴¹ un 98,8% de los jóvenes sexualmente activos nunca lo ha usado, el 49,0% de las personas que han participado en el estudio dice haber oído hablar de él y un 43,8% de la muestra afirma haberlo visto.

Las principales razones de este bajo uso, es que los adolescentes atribuyen a este método: incomodidad, temor a que falle, elevado coste y su gran desconocimiento sobre el tema, por ello los usuarios prefieren emplear otros métodos anticonceptivos. ³²

4.3.2. Anticoncepción hormonal

4.3.2.1. La píldora anticonceptiva.

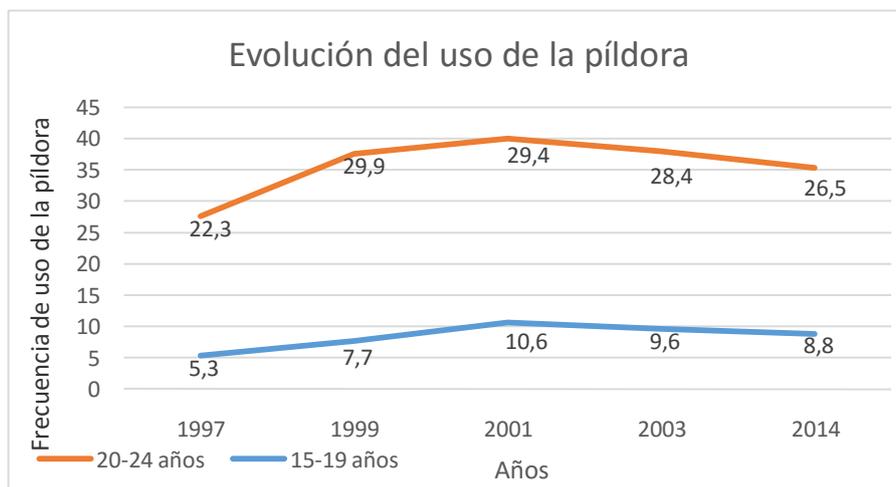


Figura 3: Evolución de la frecuencia de uso de la píldora por grupos de edad.

Elaboración propia ^{44, 45}.

La gráfica muestra como el uso de la píldora por los dos grupos de edad ha variado en función del paso del tiempo. Desde 1997 se puede observar en los dos grupos un crecimiento en su empleo hasta llegar al 2001 donde se aprecia una ligera disminución hasta el 2014; este descenso puede ser causado por la introducción de nuevos métodos. Otro dato a destacar es que el grupo de 20 a 24 años, posee mayores porcentajes de uso, lo cual indica que éste es más empleado por los adolescentes con más edad y estabilidad.

Rodríguez Carrión J. et al.²⁹ en su estudio sobre adolescentes de 12 a 17 años también sitúa la píldora tras el preservativo con un 3,5% de uso. Y respecto a la píldora del día después o postcoital, encuentra que un 16,6% de los encuestados reconoce haber recurrido a la píldora del día después.

4.3.2.2. Otros métodos anticonceptivos: anillo vaginal, inyectable, parches transdérmicos y dispositivo intrauterino (DIU)

En la última encuesta de la SEC ⁴⁵ de 2014, se puede observar que nuevos métodos anticonceptivos que años atrás los adolescentes no empleaban, se están abriendo camino como por ejemplo el anillo vaginal o los inyectables.

Como se puede observar en la tabla VI, anticonceptivos hormonales como el anillo vaginal, los parches o los inyectables se sitúan tras el preservativo y la píldora. El aumento de estos métodos novedosos en los últimos años, puede ser debido a que ofrecen al usuario una mayor comodidad frente a otros más antiguos, como por ejemplo el anillo vaginal frente a la píldora anticonceptiva.

4.3.3. Doble método (Asociación de píldora anticonceptiva y preservativo)

Únicamente un 29,4% de los jóvenes encuestados en la 3ª Encuesta Bayer Schering Pharma ³² conoce el doble método, resultados que se acercan al estudio realizado por Lete I. et al. ³⁰ que afirma que un 31% de los varones y un 36,8% de las mujeres respondieron conocer el método, aunque sólo 3,4% de los jóvenes varones españoles y 7,3% de las mujeres lo habían utilizado en alguna ocasión.

El uso y conocimiento del doble método entre la población joven española son bajos, ya que sólo un 3,7% de las chicas y 1% de los chicos lo emplea como método anticonceptivo habitual ³², es decir, es utilizado por pocas parejas y además muchas veces no es empleado de forma consistente. ³⁰

4.4. Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Según el informe de las Naciones Unidas sobre la epidemia del SIDA ⁴⁶, casi la mitad de las nuevas infecciones se producen en jóvenes de 15 a 24 años de edad.

La actitud de los adolescentes hacia la sexualidad, la contracepción, el contagio de las ITS y la precocidad cada vez mayor, ha hecho que se preste especial atención a las conductas sexuales de los jóvenes. Se estima que un inicio temprano está asociado con mayor número de parejas sexuales, relaciones sexuales no planificadas y múltiples parejas sexuales ocasionales. ^{42, 46} Si además tenemos en cuenta el gran desconocimiento sobre las ITS, el riesgo de exposición y contagio es mucho mayor.

Rodríguez Carrión J. et al. ²⁹ realizaron un estudio que indica que más de la mitad de los adolescentes no consideran ITS la gonorrea, el herpes y la sífilis, y en el caso del papiloma, la clamidiasis y la tricomoniasis, apenas uno de cada diez las considera como tales.

Estos resultados afirman que los jóvenes mantienen actitudes y conocimientos erróneos y mal aprendidos sobre las prácticas sexuales de riesgo y métodos preventivos, actuación que incrementa el riesgo en la población adolescente. ³³ Una evidencia de dichos resultados serían los aumentos de las cifras de IVES e ITS en adolescentes muy jóvenes.

4.5. Interrupciones voluntarias del embarazo (IVES)

Las altas tasas de embarazo no planificado y aborto entre las mujeres jóvenes españolas, demuestran que del mismo modo que la conducta sexual irresponsable y las ITS, los IVES o abortos provocados representan un problema de salud frecuente en la población adolescente ^{26, 27}. Según el INE ⁴⁷, en 2014, sólo en población adolescente se realizaron 29.396 IVES, cifra que representa un 31% del total de abortos realizados en ese mismo año a toda la población española.

Tabla VII: Tasas de IVES en adolescentes españoles.

	< 15 años	15 – 19 años	20 – 24 años	IVES TOTAL POBLACIÓN ADOLESCENTE	IVES TOTAL POBLACIÓN ESPAÑOLA	PORCENTAJE
Nº de IVES	440	9.890	19.066	29.396	94.796	31%

Elaboración propia ⁴⁷. Para la realización del porcentaje de abortos en población adolescente se dividió el número de IVES totales en adolescentes entre el número de IVES totales en la población española y se multiplicó por 100.

Este porcentaje tan elevado de abortos voluntarios en los adolescentes, representa la carencia sobre conocimientos en salud sexual que poseen los jóvenes y la necesidad de un mayor acceso a métodos anticonceptivos ^{26, 27}.

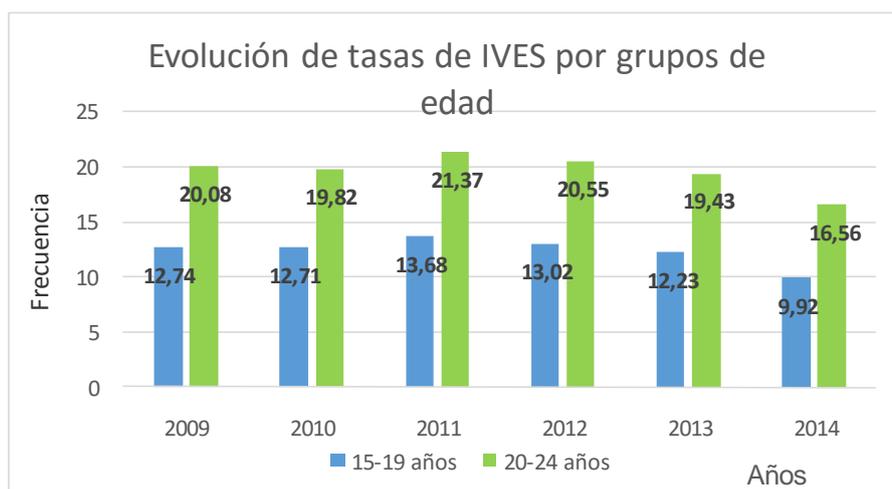


Figura 4: Evolución del porcentaje de IVES por grupos de edad en España. (Tasas por 1000 mujeres) Elaboración propia ⁴⁷.

A pesar del descenso de los IVES desde 2011 hasta el 2014, todavía sigue habiendo un elevado porcentaje de IVES en los adolescentes, siendo el porcentaje del grupo de edad de 20-24 años (16,56%) el más elevado de toda la población española. ⁴⁷

4.6. Educación sexual

Teva I. et al. ³⁵ enfatizan que la educación sexual debe comenzar antes de que los adolescentes se inicien en las relaciones sexuales con penetración para que así cuando las personas alcancen la adolescencia cuenten con formación y recursos personales suficientes para enfrentarse a una sexualidad segura y sin riesgos.

Rodríguez Carrión J. et al ²⁹ consideran la educación sexual como un claro elemento de protección, ya que entre quienes no habían recibido educación sexual el porcentaje que no usó anticonceptivos fue el doble de los que si la recibieron.

En relación a las fuentes de las que los jóvenes adquirieron mayor nivel de información se encuentran ^{15, 29, 33, 39}: la televisión, amigos, familiares, profesionales, maestros, los padres e Internet.

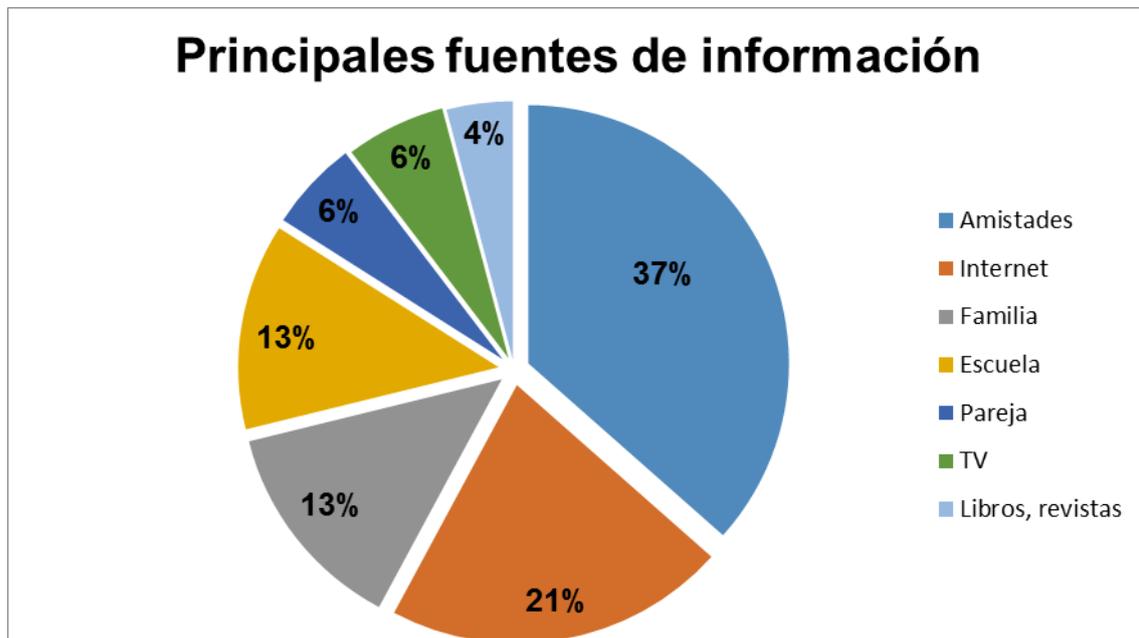


Figura 5: Principales fuentes de información sobre educación sexual en 2014.
Elaboración propia ³³.

En el gráfico se puede observar que las fuentes de información más comunes son las amistades e Internet, situándose por delante de la familia o la escuela. El elevado porcentaje de jóvenes que consulta Internet, es un reflejo de nuestra actualidad, los jóvenes prefieren acceder a páginas de Internet debido a la facilidad, rapidez y anonimato.

Resultados similares encontró en su 3ª encuesta (Bayer Schering Pharma) ³² el equipo Daphne, que percibió un retroceso de la información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos recibida a través de profesionales sanitarios, centros educativos o medios de comunicación convencionales (prensa, radio o TV), mientras que incrementa el uso de Internet como fuente de información.

Cabe destacar que en ambas encuestas no aparece como fuente de información el personal sanitario lo que demuestra la necesidad inminente de que los profesionales sanitarios realicen campañas de promoción y acciones educativas con el fin de instaurar en los jóvenes una buena educación sexual.

5. CONCLUSIONES

- Los adolescentes, son un grupo susceptible debido a su desconocimiento sobre las relaciones sexuales, bajo nivel de percepción del riesgo y el no uso o uso inadecuado de los métodos de protección y anticoncepción. Además, el riesgo de embarazo no deseado y de contraer ITS se ve incrementado por una promiscuidad y una precocidad cada vez mayor en las relaciones sexuales.

El comportamiento poco reflexivo y la falta de información, hace que los jóvenes posean una percepción muy baja del riesgo, llevando a cabo conductas que perjudican a su salud a corto y largo plazo.

- El método anticonceptivo con mayor campo de uso en adolescentes es el preservativo masculino, seguido de otros como los métodos hormonales y el coitus interruptus; la asociación del preservativo y la píldora, “el doble método”, es todavía un método desconocido por la mayor parte de los adolescentes a pesar de ser el método más adecuado y completo para el control de los riesgos (ITS y embarazos no deseados). Aunque el porcentaje de uso del preservativo en ocasiones se aproxima a un 50% o lo supera, todavía hay muchos jóvenes que en su primer encuentro sexual y en sus relaciones habituales no emplean ningún método de anticoncepción; además este uso tan extendido del preservativo no se debe tanto al miedo al VIH/SIDA y otras ITS sino al embarazo, lo que refleja la necesidad inminente de un cambio en la educación sexual de nuestra población.
- A pesar de que los IVES han disminuido desde el 2011, el porcentaje en la población adolescente es el más elevado de toda la población, dato que refleja que en España no hay una buena anticoncepción en estas edades, debido a la carencia de conocimientos y al difícil acceso a métodos anticonceptivos.

- Como enfermeros tenemos un largo camino por recorrer, sólo conseguiremos que los adolescentes lleguen a forjar hábitos sexuales saludables eliminando las barreras y favoreciendo la accesibilidad a información y métodos anticonceptivos. Con la mejora de conocimientos, habilidades y actitudes desde edades tempranas y de forma gradual conseguiremos reducir los comportamientos sexuales de riesgo y el disfrute de una sexualidad sana y segura.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Institut de Sexología de Barcelona [Internet]. Barcelona: Institut de Sexología de Barcelona; [cited 2016 April 2]. Anticonceptivos historia; [about 2 screens]. Available from:
<http://www.insexbcn.com/html/anticonceptivos.html>
2. Knowles J. Historia de los métodos anticonceptivos [Internet]. New York: Planned Parenthood Federation of America; 2012[cited 2016 May 20]. Available from: https://www.plannedparenthood.org/files/9913/9978/2156/bchistory_Spanish_2012.pdf
3. Lugones Botell M, Quintana Riverón TY. Orígenes de la anticoncepción. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1996 Aug [cited 2016 March 20]; 12(4):[about 4 p.] Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000400012&lng=en.
4. Galán Ch G. 50 años de la píldora anticonceptiva. Rev chil obstet ginecol [Internet]. 2010 [cited 2016 March 22];75(4):[about 4 p.]. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000400001&lng=es.
5. Mazarrasa Alvear L, Gil Tarragato S. Salud Sexual y Reproductiva [Internet] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [cited 2016 April 25]. Available from: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf
6. Anes Orellana A, Diezma Criado JC, Lashera Lozano ML, Pires Alcaide M, Martínez Blanco M, Sillero Quintana M. Los métodos anticonceptivos ¿Cómo son? ¿Cómo actúan? Sus ventajas y sus inconvenientes [Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid; 2013 [cited 2016 april 2015]
7. Navarro Martín JM, Trillo Fernández C, Luque Barea MA, Seoane García J, Alonso Llamazares MJ, Gotor Montoro S. Anticoncepción y Salud Sexual en Atención Primaria. [Internet]. Madrid: Sociedad Andaluza de Contracepción y Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria; 2014 [cited 2016 April 30] Available from: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTSRM/2014002.pdf>

8. Galdós Silva S. La conferencia de el Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. Rev perú med exp salud pública. 2013 Jul;30(3):455-460
9. Agencia estatal. Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo. Boletín Oficial del Estado, nº 55, (4-3-2010)
10. World Health Organization [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 [cited 2016 May 2]. Salud reproductiva; [about 18 pages]. Available from: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf
11. World Health Organization [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 [cited 2016 May 6]. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia; [about 2 screens]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
12. Álvarez González JD, Aragón Martínez J, Barranco Castillo E, Bernabeu Pérez S, Blanco Pérez S, Buil Rada C, et al. Manual de Salud Reproductiva en la adolescencia: Aspectos básicos y clínicos. 1st ed. Zaragoza: SEC; 2001.
13. World Health Organization [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 [cited 2016 May 2]. Salud sexual; [about 1 screen]. Available from: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/.
14. Pérez Olivera M. compilador. Desarrollo de los adolescentes III: Identidad y relaciones sociales. 2nd ed. Bloque I. México; 2006.
15. Conejos Jericó L. Conocimientos y actitudes sobre factores de riesgo en sexualidad en adolescentes estudiantes de institutos de educación secundaria públicos del municipio de Teruel. [Internet]. Teruel; 2009 [cited 2016 May 20]. Available from: <http://www.ics-aragon.com/cursos/iacs/104/trabajo-2008-1.pdf>

16. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). [Internet]. Madrid; 2002 [cited 2016 April 22]. Ganar salud con la Juventud 2002. Análisis de la situación de la Juventud; [about 14 p.]. Available from: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/ganarSalud/analisis.htm>
17. Carrasco Fernández T. Conocimientos, actitudes y práctica en Salud Sexual en adolescentes ferrolanos: Un estudio cualitativo [Internet]. A Coruña; 2013 [cited 2016 May 13]. Available from: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/10209/CarrascoFernandez_Tamara_tfg_2013.pdf;sequence=2
18. Martín Alfonso L, Reyes Díaz Z. Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia: Un enfoque integral de promoción de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2003 Jun;29(2):183-187
19. World Health Organization [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 Dec [cited 2016 May 16]. Centro de prensa. Notas descriptivas. Infecciones de transmisión sexual; [about 2 screens]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
20. World Health Organization [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 Dec [cited 2016 May 16]. Salud sexual y reproductiva; [about 1 screens]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
21. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación Conexas. Guía de planificación familiar para agentes de salud comunitarios y sus clientes [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 [cited 2016 May 16]. Salud sexual y reproductiva. Publicaciones; [about 1 screens]. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241503754/es/
22. World Health Organization [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 May [cited 2016 May 20]. Centro de prensa. Notas descriptivas. Planificación familiar; [about 8 screens]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

23. World Health Organization [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [cited 2016 May 20]. Temas de salud. Planificación familiar; [about 1 screen]. Available from: http://www.who.int/topics/family_planning/es/
24. Díaz S, Schiappacasse V. ¿Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos? [Internet]. Chile: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva; 2011 [cited 2016 May 23]. Available from: http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/Que_y_cuales_son_met_antic_02_05_2011.pdf
25. Gómez Bueno C, Bretín H, Puentes Nava R. Anticoncepción en Andalucía [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía y Consejería de Salud; 2011 [cited 2016 May 24]. Available from: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_3_prevencion/ANTICONCEPCION_ANDALUCIA_1.pdf
26. Fernández Blánquez MJ. Embarazo no deseado en la adolescencia [dissertation]. Almería; 2013.
27. Sarmiento Molero E. La Interrupción Voluntaria del Embarazo [dissertation]. Almería; 2013.
28. CASPE Cabello JB. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español [Internet]. Alicante: CASPe; 2005 [cited 2016 May 26]. Available from: <http://redcaspe.org>
29. Rodríguez Carrión J, Traverso Blanco CI. Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. Gac. Sanit. 2012 Feb;26(6):519-424.
30. Lete I, Martínez-Salmeán J, Coll C, Pérez-Campos E, Doval JL, Dueñas JL et al. La juventud española y el doble método: un análisis de la situación actual. Resultados de un estudio transversal de una muestra amplia. Prog Obstet Ginecol. 2008;51:716–20.
31. Moreno Mínguez A, Rodríguez San Julián E. Informe Juventud en España 2012 [Internet]. Madrid: Instituto de la Juventud; 2012 [cited 2016 May 26]. Available from: http://www.injuve.es/sites/default/files/2013/26/publicaciones/IJE2012_0.pdf

32. Equipo Daphne. 3ª Encuesta Bayer Schering Pharma. Sexualidad y anticoncepción en la juventud española [Internet]; 2009 [cited 2016 May 10] Available from: <http://www.scout.es/downloads2/>
33. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya. PROYECTO: Acciones educativas dirigidas a jóvenes [Internet]. Catalunya: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2014 [cited 2016 Jun 3]. Available from: http://www.sidastudi.org/resources/doc/151005-encuesta-resultados_cpccg_cast-8263134367991460091.pdf
34. Folch C, Álvarez JL, Casabona J, Brotons M, Castellsagué X, Bosch FX et al. Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. Rev Esp Salud Pública. 2015 Oct;89(5):471–85.
35. Teva I, Bermúdez MP, Buéla-Casal G. Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes: España, 2007. Rev Esp Salud Pública. 2009 April;83(2):309–320.
36. García-Vega E, Menéndez Robledo E, García Fernández P, Rico Fernández R. Influencia del sexo y del género en el comportamiento sexual. Psicothema [Internet] 2010 [cited 2016 May 25];22(4):[about 7 p.] Available from: <http://www.psicothema.com/pdf/3774.pdf>
37. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE; 2003 [cited 2016 Jun 4]. Colección cifras INE. Salud y hábitos sexuales [about 8 p.]. Available from: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259925137955&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout
38. Faílde Garrido JM, Lameiras Fernández M, Bimbela Pedrola JL. Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. Gac Sanit. 2008 Dic; 22(6): 511-519. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000600002&lng=es
39. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales 2003 [Internet]; 2003 [cited 2016 Jun 4]. Available from:

www.ine.es/.../Satellite?...filename%3Dsaludyhs03...126%2F937%2Fsaludyhs03

40. García-Vega E, Menéndez Robledo E, Fernández García P, Cuesta Izquierdo M. Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes International Journal of Psychological Research [Internet]. 2012 [cited 2016 Jun 4];5(1):[about 9 p.]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5134684>
41. Lameiras-Fernández M, Núñez-Mangana AM, Rodríguez-Castro Y, Bretón-López J, Agudelo D. Conocimiento y viabilidad de uso del preservativo femenino en jóvenes universitarios españoles. International journal of clinical and health psychology [Internet]. 2007 [cited 2016 Jun 2];7(1): [about 10 p.]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2251803>
42. Rodríguez Uceda S. Adolescentes: actitudes y prácticas sobre la sexualidad en los municipios de Teruel y Ademuz [dissertation]. Zaragoza; 2014.
43. Serrano I. Uso de métodos anticonceptivos y fuentes de información sobre sexualidad y anticoncepción en la juventud española: resultados de una encuesta nacional. Rev Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana [Internet]. 2008 [cited 2016 Jun 4]:[about 5 screens]. Available from: <http://www.revistafertilidad.org/noticias/pspan-classart--pg1--tulo-esp-oluso-meacutetodos-anticonceptivos-y-fuentes-infor/75>
44. Lete Lasa I, Dueñas Díez JL, Serrano Fuster I, Doval Conde JL, Parrilla Paricio JJ, Martínez-Salmeán J, et al. Utilización de métodos anticonceptivos en España por grupos de edad: resultados de 4 encuestas nacionales. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2015 Dec;58(10)
45. Sociedad Española de Contracepción. Encuesta Anticoncepción SEC 2014 [Internet]. Madrid: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la SEC; 2014 [cited 2016 Jun 8]. Available from: http://sec.es/descargas/EN_AnticoncepcionSEC2014.pdf

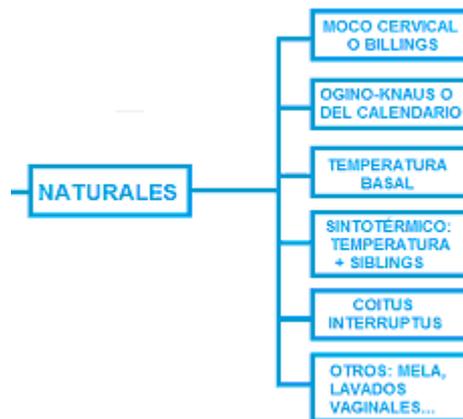
46. Unicef.org [Internet]. UNICEF, ONUSIDA Y OMS; 2002 [cited 2016 Jun 8]. Publicaciones. Los jóvenes y el VIH/SIDA: Una oportunidad en un momento crucial; [about 27 p.] Available from: http://www.unicef.org/spanish/publications/index_4447.html
47. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). [Internet]. Madrid; 2014 [cited 2016 April 22]. Profesionales. Salud Pública. Prevención y promoción. Interrupciones voluntarias del embarazo [about 2 screens]. Available from: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>

7. ANEXOS

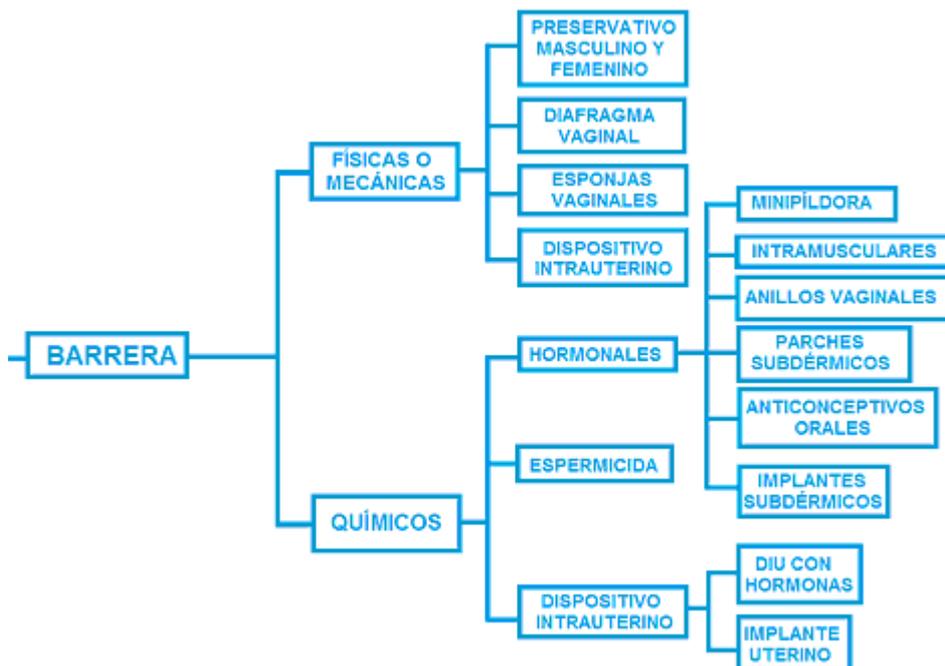
Los métodos de anticoncepción se pueden clasificar según su temporalidad:

1. Métodos temporales:

- Métodos naturales: técnicas para evitar o conseguir un embarazo a través de la observación de signos y síntomas fisiológicos observables en el período fértil/infértil del ciclo.



- Métodos de barrera: métodos que evitan que los espermatozoides lleguen a ponerse en contacto con el óvulo e impedir así que no se produzca la fecundación.



2. Métodos permanentes o quirúrgicos: son métodos contraceptivos no reversibles o definitivos.

- Esterilización:
 - Masculina o vasectomía: bloqueo permanente de los conductos deferentes espermáticos a nivel testicular por diferentes técnicas.
 - Femenina o ligadura tubárica: corte u oclusión de las trompas de Falopio por vía abdominal, laparoscopia o por vía vaginal.
- Dispositivo intratubárico: pequeña espiral de titanio y níquel que se coloca en cada trompa por histeroscopia.

